

Les soins de proximité : une exception française ?

Véronique Lucas-Gabrielli

Norbert Nabet

François Tonnellier

Rapport n° 503 (biblio n° 1354)

Juillet 2001

Les noms d'auteurs apparaissent par ordre alphabétique.

Toute reproduction de textes ou tableaux est autorisée sous réserve de l'indication de la source et de l'auteur.
En cas de reproduction du texte intégral ou de plus de 10 pages, le Directeur du CREDES devra être informé préalablement.

Sommaire

Sommaire

INTRODUCTION.....	9
1. Les soins de proximité entre équité et efficience.....	15
1.1 Hiérarchie des services et polarisation de l'espace.....	15
1.2 Accessibilité et recours aux soins.....	16
1.2.1 L'accessibilité : définition et mesures.....	16
1.2.2 Les facteurs de l'accessibilité.....	17
1.2.3 Les études empiriques.....	19
1.2.4 Accès aux soins et indicateurs de résultats.....	24
1.3 Volume et qualité.....	26
1.3.1 La qualité des soins, essai de définitions.....	26
1.3.2 Qualité et volume de pratique.....	28
1.4 Volume et coût.....	32
2. La Grande-Bretagne : le « nouveau NHS » et les soins primaires.....	39
2.1 Présentation générale.....	39
2.2 L'organisation du système de santé.....	40
2.2.1 Le « nouveau NHS » : Primary and community care.....	40
2.2.2 Les soins de premier recours.....	40
2.2.3 Les soins hospitaliers.....	42
2.3 Les indicateurs d'évaluation.....	43
2.4 Conclusions.....	46
3. L'offre de soins de proximité : l'exemple québécois.....	49
3.1 Le Québec.....	49
3.2 Le système de santé québécois.....	50
3.2.1 Avènement du système actuel.....	50
3.2.2 Les principes fondateurs.....	50
3.3 Le système de santé actuel.....	51
3.4 L'offre de soins de proximité.....	54
3.5 Les débats et problématiques actuels.....	55
3.6 Conclusions.....	56

4. L'offre de soins de proximité : le modèle catalan.....	59
4.1 La Catalogne	59
4.2 Le système de santé catalan	60
4.2.1 <i>Les principes fondateurs</i>	60
4.2.2 <i>Avènement du système actuel.</i>	60
4.2.3 <i>Le système catalan actuel</i>	61
4.3 L'offre de soins de proximité	63
4.4 Les débats et problématiques actuels	65
4.5 Conclusions.....	65
CONCLUSIONS	67
BIBLIOGRAPHIE.....	73
ANNEXES.....	83

Remerciements

Cette étude a été réalisée à la demande de la Direction des hôpitaux et de l'organisation des soins du Ministère de l'Emploi et de la Solidarité.

Nous tenons à remercier :

- *Roy Carr-Hill du Centre for Health Economics à York (Royaume-Uni), André-Pierre Contandriopoulos chercheur du Groupe de Recherche Interdisciplinaire en Santé de l'Université de Montréal (Canada), Marc Duriez, chargé de mission au Haut Comité de la Santé Publique, Robert Pampalon de l'Institut National de Santé Publique du Québec pour l'aide qu'ils nous ont apportée pour l'étude des systèmes de santé étrangers.*
- *Le docteur Anne Doussin (maître de recherche au CreDES), le docteur Philippe Le Fur, (directeur de recherche au CreDES), Emmanuel Vigneron, professeur à l'Université Paul Valéry à Montpellier, qui ont bien voulu relire ce rapport et nous faire part de leurs observations et critiques.*
- *Franck-Séverin Clérembault qui a réalisé la composition et la mise en page de ce rapport.*

Les opinions exprimées ici n'engagent que les auteurs.

Introduction

Ce rapport présente les résultats d'une recherche sur l'organisation des soins de proximité dans différents pays. Les débats soulevés par les restructurations hospitalières, lors de la révision des SROS, comme durant les Etats généraux de la Santé ont souvent porté sur les soins de proximité.

La restructuration de l'offre hospitalière est une caractéristique commune des évolutions internationales des systèmes de soins. Cette tendance, avec ses conséquences en terme de fermetures, de regroupements ou de reconversion de petits établissements pose la question de l'équité dans la disponibilité des services et donc de la proximité. Le rapport du comité de pilotage sur la révision des SROS a d'ailleurs souligné qu'il faut trouver « un juste équilibre entre les notions d'accessibilité, de sécurité et d'efficience ».

La proximité est une composante de l'accessibilité, mais non la seule. En effet, les difficultés d'accès sont non seulement physiques, mais aussi culturelles ou financières (mode de prise en charge). Sans définition très précise, les activités de proximité sont abordées en France au travers des réseaux de soins hiérarchisés et gradués avec certaines pathologies comme le cancer, le sida ou le diabète, ou d'une manière moins nette avec les secteurs psychiatriques.

Nous chercherons donc à définir une typologie des soins de proximité dans différents pays afin d'examiner, dans leur contexte géographique, démographique, macro-économique, politique et administratif, la place qui leur est faite. La question sous-jacente est de savoir selon quelles modalités l'ensemble des acteurs conjuguent les exigences de santé publique et les impératifs économiques pour les services de proximité. En effet, l'objectif unique de toute organisation est de garantir à l'ensemble de la population le droit à la « protection de la santé » et donc la meilleure prise en charge possible.

Comment les pays étrangers ont-ils trouvé, ou du moins cherché à trouver ce juste équilibre ? Quelles ont été les réponses à ces questions ? Se posent-elles de manière semblable ? Les effets bénéfiques de la concentration d'équipements ont-ils été démontrés ? Quels sont les effets adverses des difficultés d'accessibilité ?

Une première partie est constituée d'une revue des études scientifiques faites sur la concentration, l'accessibilité et l'utilisation des services (notions en relation avec la proximité).

Ensuite nous étudierons la façon dont est prise en compte la notion de proximité dans les systèmes de santé de la Grande-Bretagne, du Québec et de la Catalogne. L'objectif n'est pas de décrire l'organisation des soins dans ces différents pays, ni les réformes projetées, ni les performances, mais d'observer ce qui dans l'organisation correspond à la « proximité ».

■ La méthode d'étude

L'analyse des pays étrangers a été faite de deux manières. D'une part, un questionnaire détaillé a été envoyé à une vingtaine de correspondants dans les pays concernés (annexe 1). Ce questionnaire demandait simultanément des données chiffrées et des informations sur les principes d'organisation concernant les soins de proximité. Peu de réponses ont été reçues, ce qui marque la spécificité des questions posées en France et la difficulté d'y répondre pour chaque pays. D'autre part, des voyages d'études ont été effectués à Barcelone (Espagne), Montréal (Canada), York (Royaume-Uni). Enfin, des recherches ont été faites à partir de données disponibles dans les annuaires statistiques nationaux ou internationaux.

■ Les soins de proximité : définition et problématique

L'objectif de la proximité est de maintenir le plus de services possibles auprès des citoyens. Dans le cadre des services sanitaires, la proximité implique un nombre élevé d'unités de production de soins, donc un niveau d'équipement et un volume d'activité « relativement réduits » pour chaque unité. *A contrario*, les soins de haute qualité technique nécessitent un niveau d'équipement élevé et un fort volume d'activité dans chaque unité de production, donc un nombre « relativement réduit » d'unités.

La notion de proximité est polymorphe : elle est d'abord perçue d'un point de vue géographique mais elle suppose « un juste équilibre entre les notions d'accessibilité, de sécurité et d'efficacité » (comité de pilotage pour la révision des SROS). Les autres dimensions de la proximité recouvrent l'aspect culturel, ou la couverture financière des soins. La création de la CMU en France en est une illustration.

L'accessibilité est un facteur très important de qualité de vie, notamment pour les maladies chroniques. Les soins de proximité s'intègrent alors dans le dispositif de premier recours aux soins. Dans cette acception, ils renvoient à la notion de « réseaux de soins ».

Actuellement, la fermeture de petits hôpitaux et la concentration de services dans des établissements plus importants sont publiquement justifiés par des arguments liés à la sécurité. Ainsi, pour les maternités, des normes ont été définies concernant les niveaux minima d'activité ou d'équipement.

D'un point de vue économique, la proximité coûte cher. Multiplier les structures de soins de proximité se gère dans un contexte de ressources restreintes et il s'agit de trouver des formes organisationnelles avec un rapport coût/qualité satisfaisant.

Dans l'idéal, une fois définie qualitativement, l'offre de soins de proximité devrait être répartie sur le territoire de façon équitable, harmonieuse et intégrée à une politique d'aménagement du territoire, de façon à répondre aux besoins de sécurité et de qualité de la population au « juste coût ». Mais, dans tous les pays, les contraintes financières obligent à un compromis entre l'accessibilité, la qualité et le coût.

Selon leurs promoteurs, les réseaux permettent une organisation complémentaire, coordonnée, et graduelle des soins, ainsi qu'une répartition équilibrée sur le territoire. Les transports, les technologies de l'information comme la télé-médecine sont des éléments importants de ces dispositifs. Actuellement, les réseaux se développent autour de certaines pathologies, populations ou problématiques. À l'avenir, ils pourraient couvrir l'ensemble des besoins de santé de la population, notion qui ne recouvre plus uniquement le soin. En effet, un progrès scientifique, sans précédent, les nouvelles technologies, le renouvellement des connaissances ont fait que la notion de santé ne se limite plus au traitement des maladies aiguës, mais regroupe le droit à la promotion et au maintien de la santé. En relation avec la définition de la santé donnée par l'OMS, le système de santé devrait à présent prévenir, guérir, éduquer, former, écouter, soutenir psychologiquement, améliorer, accompagner... Pour toutes ces raisons, les soins en général, et de proximité en particulier, devraient (ou pourraient), si ces réseaux se développent, s'articuler au sein d'une organisation regroupant l'ensemble des intervenants non seulement dans le champ des soins curatifs, mais dans celui de la santé publique.

***1. Les soins de proximité
entre équité et efficience***

1. Les soins de proximité entre équité et efficience

1.1 Hiérarchie des services et polarisation de l'espace

La proximité (« situation d'une chose qui est à peu de distance d'une autre » selon le Petit Robert) fait référence à l'accessibilité en terme de distance : les commerces de proximité ou de voisinage sont opposés aux centres commerciaux ou grandes surfaces plus éloignés des consommateurs. Les services banaux ou commerces de proximité sont situés partout dans l'espace au voisinage des populations. Par contre, « pour les services de niveau supérieur, la clientèle de proximité ne constitue pas un marché suffisant, et les implantations doivent être plus spécifiques » (Beaud, Bourgeat, Bras, Dictionnaire de géographie, 1997). Ceci a été formalisé par une théorie de la localisation des services selon les lieux centraux ou places centrales proposée par Christaller (1947) : « Chaque équipement tertiaire découpe l'espace en hexagones, c'est-à-dire l'aire de chalandise. La taille de celle ci dépend étroitement du degré de spécialisation de l'activité. Au-delà de la limite de l'aire de chalandise, le client renonce car la distance est devenue dissuasive ; il se tourne alors vers un autre centre » (même source).

La hiérarchie des services et la polarisation de l'espace s'appliquent aussi aux services médicaux car les services tertiaires sont regroupés dans des villes organisées en réseau. Les soins médicaux, comme les autres services publics doivent assurer l'équité spatiale tout comme les services postaux ou les transports, En effet, le système doit fournir une égalité d'accès à tous pour des besoins équivalents. Mais comme tous les services, la distribution de soins médicaux est confrontée au dilemme accessibilité/concentration avec une implication économique simple : la concentration devrait permettre de réaliser des économies d'échelle et donc de diminuer les coûts.

La concentration n'est pas uniquement invoquée pour réaliser des économies d'échelle mais aussi pour des questions d'efficacité médicale et de qualité des soins : les gestionnaires hospitaliers attendent des concentrations de meilleurs résultats en termes médicaux, ce qui conduit au débat sur les seuils pour les maternités ou les services de chirurgie. Le dilemme proximité/centralisation pour les soins est donc également un dilemme entre équité et efficience :

- équité : les inégalités de recours aux soins liées à l'accessibilité ne sont pas acceptables car le système de santé doit garantir un accès égal à tous (tous les systèmes de santé s'accordent sur ce principe) ;
- efficience : il s'agit de trouver dans l'organisation un rapport coût/qualité satisfaisant (sinon optimal).

Trois grandes questions découlent de cette réflexion :

- accessibilité et recours aux soins : quels sont les effets négatifs ou les inégalités produites par les difficultés d'accès ?
- volume et qualité : quels sont les effets de la concentration, en terme de résultats et de qualité des soins ?
- volume et coût : la concentration des équipements entraîne-t-elle des économies d'échelle et permet-elle de réduire les coûts de production ?

Méthode

Plusieurs sources de données ont été consultées au moyen de recherches documentaires sur les bases de données (Medline et Embase). Les mots clés « proximité » ou « soins de proximité » apparaissent très rarement dans les bases de données étrangères. Mais d'autres se rapprochant de

ce thème (accessibilité, concentration des services, soins primaires) sont disponibles. Un grand nombre d'articles ont été consultés, parmi lesquels des travaux spécifiques de l'Université de York (*NHS Centre for Reviews & Dissemination*) et du groupe Image (ENSP).

1.2 Accessibilité et recours aux soins

L'accessibilité se définit d'abord en terme de distance ou d'éloignement du consommateur à l'équipement ou au producteur de soins recherché, mais aussi en terme d'adaptation de l'offre au comportement spatial de la population (utilisation des transports publics, disponibilité d'une voiture individuelle, comportements en relation avec les déplacements domicile/travail). Il existe d'autres dimensions de l'accessibilité liées à l'accès financier (couverture des dépenses) et à l'aspect culturel (connaissance et utilisation du système de santé, utilisation de filières).

1.2.1 L'accessibilité : définition et mesures

Une définition proposée par Frenk (1985), résume bien les facilités et obstacles de l'accessibilité : « c'est le degré d'ajustement entre les caractéristiques des ressources de soins et celles de la population dans le processus de recherche et d'obtention des soins. Il s'agit donc d'une relation fonctionnelle entre les « obstacles » (indicateurs de résistance) et les capacités de la population à surmonter de tels obstacles (utilisation potentielle ou *utilisation power*) ».

La fréquentation des services et la distance parcourue sont en général pris comme mesure de l'accessibilité (du moins comme « effet » de l'accessibilité). Cette mesure est une approximation de plusieurs facteurs pour approcher la distance « sociale » ou « culturelle » qui s'ajoute à la distance de transport.

Par ailleurs, l'utilisation des soins médicaux n'est qu'une mesure de la « demande satisfaite », et donc une mesure partielle de l'accès. En particulier, elle ne rend pas compte de l'utilisation non nécessaire (ou inutile) ou des besoins non satisfaits (Place, 1997). Dans l'accès aux soins, il est nécessaire de distinguer disponibilité (présence du service), accès effectif et accès efficace (utilisation de soins appropriés), (Ricketts et alii, 1994).

La vraie manière de mesurer l'accessibilité serait de poser des questions dans les enquêtes sur le renoncement aux soins en raison de difficultés d'accès, ce qui est fait en Grande-Bretagne mais pas en France. Par contre, l'enquête ESPS-CREDES pose une question sur le renoncement aux soins pour raisons financières (Dumesnil et alii, 1999) : 14,3 % des personnes déclarent avoir renoncé aux soins pour cette raison au cours des 12 derniers mois. En terme d'accessibilité, la raison financière est au moins aussi importante que l'accessibilité géographique.

Les obstacles à l'accès ont été également classés par Frenk (1985) de la manière suivante :

Tableau 1
Classement des obstacles et utilisation potentielle

Catégorie d'obstacles	Indicateurs de résistance	Utilisation potentielle
Ecologique	Temps de transport au producteur	Ressources de transport
Financier	Prix	Revenu
Organisationnelle (à l'entrée)	Listes d'attentes	« Tolérance » au délai d'attente
Organisationnelle (dans l'établissement)	Attente pour voir un médecin	Temps libre

Source : Frenk (1985)

Ce tableau résume certaines des questions liées à l'accessibilité selon les différentes organisations dans les pays. Il existe des obstacles qui sont d'abord d'ordre géographique quand il est nécessaire de parcourir de grandes distances pour accéder aux soins (ceci est vrai pour les pays où se trouvent des zones à très basses densités de population, ou zones rurales isolées). Ensuite, dans des pays où toute la population n'est pas couverte par un système d'assurance maladie, ou s'il existe un ticket modérateur dissuasif, l'obstacle financier du coût des soins peut être plus important que le coût du transport (ceci est particulièrement vrai pour les États-Unis). Enfin, dans les pays comme la Grande-Bretagne où existent des listes d'attente pour des opérations courantes, il est clair que les difficultés d'accessibilité sont non seulement géographiques mais temporelles.

Il existe d'autres obstacles à l'accessibilité qui sont d'ordre social ou culturel. Social parce que certaines catégories favorisées pourront plus facilement accéder à des équipements de haut niveau en raison de leur réseau de relation ou de leur information, culturel parce que des croyances ou des modes de représentation liés à l'appartenance culturelle peuvent créer des barrières pour l'accès aux soins. Ceci est particulièrement vrai pour les pays en voie de développement, mais aussi pour les pays où existent des minorités ethniques. On peut d'ailleurs remarquer que dans l'évolution historique qui a conduit à la diminution de la mortalité et à l'augmentation de l'espérance de vie (Transition épidémiologique, Omran, 1971), toutes les études ou recherches mettent d'abord l'accent sur les facteurs culturels (croyances et mentalités), les politiques sanitaires et le rôle de la médecine avant les problèmes d'accessibilité (Landers, 1992). Par exemple, dans les pays en développement de nombreux travaux ont montré le lien entre le statut de la femme et le niveau d'instruction dans le déclin de la mortalité infantile, rôle plus important que les facteurs économiques (la revue *Health Transition* a consacré de nombreux articles à cette question). Historiquement, Rollet a souligné le rôle important de « la capacité des populations à changer de croyances, d'attitudes et d'idées concernant la santé des jeunes enfants » dans la diminution de la mortalité infantile en France depuis le siècle dernier (Rollet, 1993).

1.2.2 Les facteurs de l'accessibilité

La décision individuelle de recourir aux soins médicaux dépend (Carr-Hill, Place, Posnett, 1997) :

- a) des coûts d'opportunité, b) de la sévérité perçue, c) de l'efficacité attendue.

En Grande-Bretagne, comme dans tous les pays où existent des têtes de pont (*gate keepers*), cette forme de restriction d'accès aux soins primaires (*primary care*) peut également restreindre l'accès aux soins secondaires et les généralistes peuvent être influencés dans leur comportement de référent (*referral*) par les restrictions d'accès des consommateurs, par exemple les difficultés de déplacements (source idem). Les mêmes auteurs proposent le concept d'accessibilité relative qui présente trois niveaux :

- 1) décision initiale de consulter, 2) décision du médecin (*general practitioner*, GP) de référer, 3) *compliance*.

L'attitude du médecin référent (au sens de verrou d'entrée) est sans doute particulière dans des pays où l'accès aux soins de seconde ligne n'est pas libre, mais l'aspect nouveau de ce modèle est d'intégrer la *compliance*, ou faculté du malade à suivre ce qui est prescrit. En effet peu d'études abordent cet aspect.

La dissuasion ou « friction » de la distance

Les modèles géographiques d'interaction spatiale aident à comprendre et modéliser l'effet de la distance. Nous avons parlé en introduction de la théorie de la « place centrale » qui propose une partition de l'espace en une hiérarchie hexagonale régulière de marchés locaux. Pour les biens ou

services les moins demandés ou les plus coûteux, un déplacement est nécessaire à un niveau supérieur de la hiérarchie (voire à la « place centrale » où ces services sont concentrés). Un des concepts clés de la théorie de la place centrale est celui du seuil de population requis pour permettre l'implantation d'un service, ce qui nécessairement suppose la concentration. Pour reprendre la terminologie de Frenk (tableau 1), il est parfois difficile de distinguer les obstacles écologiques et organisationnels.

La « friction de la distance » (*distance decay*) exprime que le taux d'utilisation du service diminue avec la distance selon un modèle exponentiel (observation notée par Jarvis en 1851). Il est nécessaire d'insister sur ce modèle auquel se réfèrent de nombreuses études et qui propose une formulation mathématique à la théorie des lieux centraux.

Ceci a été formalisé par les modèles gravitaires fondés sur la loi de Reilly qui utilise le principe de la gravité universelle de Newton. La loi de Reilly établit que « l'attraction des commerces de détail d'une ville dans son territoire alentour sera directement proportionnel à la taille de la population de la ville et inversement proportionnel au carré de la distance séparant les consommateurs de cette ville » (Reilly, 1929).

Les modèles gravitaires

Cette formulation sera généralisée en 1949 par Stewart et Zipf pour la modélisation de l'interaction spatiale entre deux villes de taille différente

$$F_{ij} = k \frac{M_i^\alpha \text{Pop}_j^\beta}{d_{ij}^\gamma}$$

où, si par exemple, i est un hôpital et j une commune :

- F_{ij} représente le taux de fréquentation de l'hôpital i par les habitants de la commune j ,
- Pop_j correspond à l'effectif de population de la commune j ,
- M_i est une expression de la capacité d'attraction de l'hôpital i , par exemple un nombre de lits,
- d_{ij} la distance séparant i de j .

Cette formulation est l'expression la plus générale de la loi de Newton (avec α , β , γ à définir par ajustement). Dans le cas où α , β sont égaux à 1, et γ à 2, on retrouve la loi classique de Newton.

La distance peut aussi être considérée en termes économiques : si la demande diminue alors que les prix augmentent, la demande ou la consommation seront influencés par les coûts de transports. L'effet précis dépendra de l'élasticité de la demande.

Note : selon le modèle $\text{Freq} = D^{-\alpha}$ (loi classique de Newton), l'exposant peut être interprété comme 'élasticité', en effet en mettant la loi de Newton sous forme logarithmique, on obtient

$$\log(\text{Freq}) = -\alpha \log(D) + \text{cst}$$

ce qui est exactement la formule de l'élasticité

si α est élevé (en valeur absolue) la friction de la distance est très forte : la fréquentation diminue rapidement avec la distance (cas d'un équipement ou d'un service à attraction locale ou faible).

Si α est faible, l'effet de barrière est très réduit ; à la limite, si $\alpha = 0$, la distance n'exerce aucun effet dissuasif (cas des équipements très spécialisés et des maladies sévères : l'attraction peut être très grande et s'exercer sur tout le territoire)

Les modèles gravitaires sont à la base de formulations d'attraction hospitalière et de définitions sous diverses formes de « bassins de santé ». (Tonnellier, Vigneron, 1999).

1.2.3 Les études empiriques

Après cet exposé théorique, nous allons faire une revue des études qui ont mesuré empiriquement ces divers aspects et des résultats que l'on peut dégager. Nous aborderons successivement : la distance aux services (mesure de base de l'accessibilité), l'influence de la distance sur la fréquentation (mesure empirique de l'effet dissuasif de l'éloignement), les comportements d'accès (les utilisateurs vont-ils à la ressource la plus proche ?), et enfin l'accès aux soins et les indicateurs de résultat (les difficultés d'accès se traduisent-elles par de mauvais indicateurs de résultats des soins ?). En général, les études prennent en compte l'accessibilité géographique, mais peu les autres facteurs comme les aspects financiers ou culturels.

1.2.3.1 Distances aux services

De façon assez paradoxale, alors que de nombreux travaux s'intéressent aux conséquences de l'accessibilité, peu de travaux abordent la mesure de la distance d'accès aux services.

Aux États-Unis, en 1979, pour 16 états, 80 % de la population vivait à moins de 10 miles d'un médecin, 98 % à moins de 25 miles, et donc seulement 2 % à plus de 25 miles (40 kilomètres environ), (Williams, Schwartz et alii, 1983). Cette étude montre que la distance a diminué au cours du temps pour toutes les spécialités, et ceci d'autant plus que les effectifs des spécialités concernées augmentaient (phénomène observé également en France). L'étude souligne que les populations rurales à faible accessibilité sont les zones à faible densité de population (*sparsely areas*). Pour certaines régions comme les grandes plaines du nord des États-Unis, 10 % de la population rurale habite à plus de 20 miles d'un médecin. Les auteurs concluent que l'accès géographique « s'est donc amélioré » dans les années 80, mais que cela « n'est pas suffisant pour satisfaire les besoins médicaux des zones géographiques isolées ou économiquement défavorisées ».

En Grande-Bretagne, en 1991, la distance au cabinet le plus proche était de 1,3 kilomètre (distance moyenne pondérée par la population pour les 9 000 *wards* (circonscription électorale comparable au canton en France)), (Posnett, Gravelle, Carr-Hill, 1996). 90 % de la population était situé à moins de 3 kilomètres d'un cabinet, et 97 % de la population était à moins de 5 kilomètres. Selon une étude de 1985, la tendance à la concentration des cabinets de GP a entraîné une augmentation de la distance d'accès et l'accessibilité géographique des médecins a diminué pour cette raison (Bentham, Haynes, 1985).

En France, en 1990, la distance moyenne au généraliste (pondérée par la population pour les 36 000 communes) était de 1,7 kilomètre et 84 % de la population résidait dans une commune disposant d'un médecin. 87 % de la population résidait à moins de 3 kilomètres d'une commune avec médecin, 96,4 % à moins de 5 kilomètres (Lucas, Tonnellier, 1995). Comparables en apparence, les chiffres britanniques et français sont calculés de manière assez différente. En Grande-Bretagne, les bases de données comportent les codes postaux des patients et des GP, ce qui donne des mesures assez précises. Par contre en France, les distances sont des distances euclidiennes entre centres de communes (pondérées par la population). Pour les communes où réside un médecin, la distance a été choisie arbitrairement égale au demi rayon correspondant à la surface de la commune. Il faut donc rester très prudent pour les comparaisons.

Les différences de distances entre la France et la Grande-Bretagne ne sont pas en relation avec les superficies (le territoire français est deux fois et demi plus grand que celui de la Grande-Bretagne). La distance moyenne en France peut donc paraître assez faible. Mais cette différence peut s'expliquer par la concentration de la population en France (74 % de la population réside sur 15 % du territoire),

et les communes ne disposant pas de médecin sont peu nombreuses (84 % de la population réside dans une commune avec médecin).

Des chiffres sur la « proximité des équipements sanitaires » ont également été calculés en France en 1998 à partir des données de l'inventaire communal (Schmidt, Niel, 1999). A cette date, 84 % de la population disposait d'un médecin dans sa commune de résidence et le temps moyen d'accès était de 8 minutes (le temps moyen d'accès pour la catégorie rural isolé était de 9 minutes, mais dans cette catégorie 60 % de la population dispose d'un médecin dans la commune).

En évolution, pour les années 80, 88 et 98, les auteurs montrent que le pourcentage de communes disposant d'un médecin a constamment augmenté pour tous les types de zonages en aires urbaines. Ceci doit être souligné car la densité de généralistes a peu augmenté entre 1988 et 1998 au niveau global (86 à 91 pour 100 000 habitants) et a même diminué pour certains départements. La diminution du pourcentage de communes équipées pourrait dans le futur se produire avec la baisse prévue des effectifs à partir de 2010. Pour les services de court séjour, la distance moyenne à l'établissement le plus proche était de 11 kilomètres en 1998 (avec une variation de 3 kilomètres pour les « pôles urbains » à 15 kilomètres pour la catégorie « rural isolé »).

1.2.3.2 Influence de la distance sur la fréquentation

De manière « assez générale », les études constatent une chute de la consommation avec la distance (Place, 1997), (Carr-Hill, Place, Posnett, 1997), mais il se présente beaucoup de difficultés pour contrôler les facteurs de confusion comme l'état de santé (Haynes, Bentham et alii, 1999).

De nombreux travaux ont évalué le phénomène de « friction de la distance » (*distance decay*), qui signifie que le taux d'utilisation du service diminue quand la distance d'accès augmente (modèle exponentiel). Comme nous l'avons dit, ces modèles sont dérivés de la loi d'attraction des masses de Newton. Par exemple, on peut définir à partir de cette notion, un « potentiel d'accessibilité » (Thouez, Bodson, 1988) pour une unité de soins égale à un médecin qui est de 100 % là où se trouve le praticien, 75 % à 25 kilomètres, 62 % à 100 kilomètres (relation non linéaire, modèle testé sur une province canadienne).

Le fait que beaucoup de travaux montrent une association négative entre distance et utilisation des services aussi bien pour les soins primaires que pour les hôpitaux, conduit à des interprétations différentes. Ainsi Woods (1984) affirme que « *la distance d'accès agit comme une barrière dans l'accès aux soins médicaux* », mais selon Carr-Hill, Place et Posnett (1997), une relation négative empirique n'est pas une preuve de l'effet dissuasif, à moins que tous les facteurs de confusions n'aient été contrôlés.

La remarque « *La distance exerce une influence importante sur l'hospitalisation qui n'est pas expliquée par la maladie.* » (Goodman, 1997) conduit à des interrogations sur les soins « *inappropriés ou irrationnels, c'est-à-dire non fondés sur les besoins* » (source idem). En effet, y a-t-il surconsommation ou gaspillage à proximité d'un hôpital et sous-utilisation dans les zones éloignées ? Goodman, dans le même article intitulé : « *Le plus proche est-il le mieux ?* » exprime qu'il est difficile de conclure que ce schéma d'utilisation des soins (où la distance joue un rôle important sur les taux d'hospitalisation) est « *à la fois rationnel ou équitable* ». La question est de savoir « *s'il y a une utilisation excessive pour la population vivant à proximité de l'hôpital et une desserte inadéquate pour ceux qui sont à une grande distance* » (source idem). En fait, la proximité d'un équipement génère une forte utilisation des habitants résidants à proximité, sans que l'on puisse en déduire *a contrario* que cette situation est inéquitable pour les personnes éloignées des ressources.

En France, une étude sur la chirurgie de la cataracte en Languedoc (Corvez, 1999), a montré qu'il y avait un recours approprié dans les centres urbains, mais que les faibles taux d'interventions chirurgicales observés en zones rurales éloignées démontraient une mauvaise prise en charge de cette pathologie.

Une étude du *NHS Centre for Reviews and Dissemination* de l'Université de York sur le thème « *La relation entre la concentration, l'accessibilité et l'utilisation des services* » (Place, 1997) a effectué une revue systématique de la littérature de 1970 à 1996, pour retenir 47 études empiriques (les deux tiers provenant des États-Unis ou de la Grande-Bretagne) qui prennent en compte la distance. Nous allons aborder les résultats de cette étude dans le paragraphe suivant. Dans un article sur le même thème (« *Accessibilité et utilisation des services* », 1997), Carr-Hill, Place et Posnett remarquent que la plupart des études sont en coupe instantanée, souvent faiblement ajustées pour les facteurs de confusion, et que les preuves doivent être considérées avec précaution.

Les études de York (Place, 1997), (Carr-Hill, Place, Posnett, 1997) sont arrivées aux conclusions suivantes :

- Pour les services d'urgence, il y a un effet de dissuasion de la distance (*distance decay*): la proximité d'un service d'urgence est associée à une utilisation accrue.
- Pour les actes de dépistage, il y a également un effet négatif démontré par les enquêtes. Il est possible que les actes de prévention semblent moins importants pour les patients que les soins curatifs, et ne justifient pas de déplacements particuliers. Mais Bentham (1995) a montré qu'un système de rappels (*call and recall*) améliorerait l'accès aux services de dépistage des personnes éloignées des services.
- Pour les soins primaires comme pour les soins hospitaliers, la majorité des études montre l'effet négatif de la distance sur la fréquentation. Mais certains travaux démontrent que la gravité du diagnostic (ou l'efficacité supposée du traitement) annule cet effet : la distance dans certains cas (cancers) n'affecte pas la fréquentation (*Centre for Research and Dissemination* 1997) : la distance aurait plus d'effet sur les procédures pour lesquelles les bénéfices sont moins bien établis (ce qui confirme un effet différentiel de la distance). Certaines études montrent des résultats contradictoires : pour le pontage coronarien, les distances au Canada ne sont pas associées à de faibles taux d'utilisation, alors qu'elles le sont à New-York et en Californie. De façon générale, les auteurs soulignent que la qualité des preuves est généralement « pauvre » en raison des biais. Beaucoup d'études sont consacrées à une situation particulière dont on ne peut généraliser les résultats.
- Il est difficile d'évaluer l'effet « d'adressage » fait par un médecin (*referral effect*), surtout quand le médecin joue un rôle d'adressage exclusif. En effet, le médecin peut tenir compte (ou non) des difficultés supposées d'accès pour son client. Même dans les systèmes à accès direct comme la France, cet effet doit agir, notamment par l'intermédiaire de réseaux informels.
- Il est également difficile d'évaluer l'effet de la *compliance* (bonne volonté du patient de suivre le traitement) qui peut aussi expliquer le faible taux d'utilisation des patients éloignés. Il n'y a pratiquement pas d'études sur ce thème.
- Les modèles gravitaires sont beaucoup plus descriptifs que prédictifs. Il n'y a pas d'effet dissuasif standard (i.e. les modèles aboutissent à des formules qui sont de type exponentiels (§1.2), mais non à des coefficients ou exposants identiques pour un même type de service). « Chaque situation est spécifique à chaque circonstance » (Place, 1997). « Bien que ces modèles décrivent précisément l'utilisation d'un hôpital à un moment donné, ils peuvent être tout à fait imprécis pour prévoir le profil d'utilisation après la fermeture d'un hôpital » (Mc Lafferty, 1988).

- L'effet de la distance est également observé sur les visites faites par des proches des personnes hospitalisées : la situation de l'hôpital, surtout s'il est situé en périphérie, constitue *une barrière supplémentaire qui renforce l'isolement des malades*.

Les résultats des études sont donc ambivalents, et les auteurs soulignent que les résultats doivent être considérés comme « *indicatifs et non comme prescriptifs* » (Place, 1997). L'effet dissuasif de la distance peut se manifester uniquement sur des groupes particuliers (personnes à mobilité réduite). Finalement, l'effet de la concentration sur l'augmentation des inégalités reste un sujet largement inexploré (Carr-Hill, Place, Posnett, 1997).

Accès aux soins en zones rurales

Les divers travaux étudiés soulignent que le milieu « rural » est rarement comparable d'un pays à l'autre. Il n'y a d'ailleurs pas de définition universelle de la « ruralité » ni même de l'urbanisation. Un indicateur complémentaire, la densité moyenne de population (nombre d'habitants au kilomètre carré) montre la concentration ou la dispersion de la population (et donc les difficultés d'accès). Les écarts dans ce domaine sont considérables entre les pays comme le Canada (3 habitants au kilomètre carré) ou les États-Unis (29 hab./km²), l'Allemagne (230 hab./km²) et la Grande-Bretagne (244 hab./km²), ou les Pays-Bas (380 hab./km²). La France occupe une position moyenne (108 hab./km²). Ces moyennes masquent évidemment des situations très hétérogènes.

La question principale est de savoir si la ruralité représente une barrière additionnelle indépendamment de la distance ? Carr-Hill Place Posnett 1997 répondent que l'effet « propre » de la ruralité en Grande-Bretagne est peu marqué, car le pourcentage de ménages avec une voiture est plus élevé dans les zones rurales, notamment les zones rurales « profondes » (*deep rural*, source idem). Par ailleurs, les indicateurs de zones défavorisées (*deprived areas*) sont minimum dans les zones rurales profondes et maximum dans les zones urbaines. Tout ceci montre que « rural » et « défavorisé » ne sont pas synonymes, du moins en Grande-Bretagne.

Ici aussi, il faut se garder d'appliquer sans précaution pour la France les résultats observés dans un pays étranger. Dans une typologie des zones d'emploi en France, le pourcentage de ménages sans voiture est supérieur à la moyenne dans les zones rurales isolées (Lucas-Gabrielli, Tonnellier, Vigneron, 1998), ce qui n'est pas ce qu'on observe en Grande-Bretagne.

Les travaux de géographie culturelle (Gesler, 1991), (Kearns, 1991) soulignent que les différences et les inégalités existantes entre les zones urbaines et rurales concernent aussi les comportements face aux soins et à la maladie, les croyances et les attitudes envers la médecine scientifique, ce que l'on a aussi nommé la distance « sociale » pour la distinguer de la distance géographique. En France, la typologie des zones d'emploi déjà citée a également montré que les questions d'opinions distinguaient les zones rurales isolées des zones très urbanisées. En particulier on observe beaucoup plus d'indicateurs d'optimisme sur l'évolution de l'état de santé dans ces zones et c'est dans cette catégorie que l'on trouve le pourcentage le plus faible de personnes qui déclarent avoir renoncé aux soins pour des raisons financières, ce qui montre qu'en France le renoncement aux soins ne semble pas être fonction de l'accessibilité (Busson, Lucas Gabrielli, Rochereau, Sermet, Tonnellier, 1999). Mais en réalité il aurait été nécessaire de poser simultanément une question sur le renoncement aux soins et l'accessibilité pour confirmer cette hypothèse.

1.2.3.3 Comportements d'accès : le service le plus proche est souvent contourné

Le comportement d'accès (le fait de choisir le service le plus proche ou non) est aussi une composante de l'accessibilité. Il dépend de l'organisation des soins et du choix laissé aux patients, en même temps que de facteurs culturels.

En Grande-Bretagne, seul un tiers des patients sont inscrits auprès du généraliste le plus proche (Gravelle, 1996), (Parker, Campbell, 1998). D'autres travaux ont confirmé qu'en règle générale « *le cabinet le plus proche est souvent contourné* », pour diverses raisons, notamment la consultation à proximité du lieu de travail, ou le fait que les patients restent fidèles à leur médecin même s'ils déménagent (Phillips, 1979).

Toujours en Grande-Bretagne, dans l'enquête « Santé et style de vie » (1992), une question a été posée sur la facilité (vs difficulté) d'accès au cabinet du généraliste : 66 % des adultes répondent que l'accès est très facile, 27 % assez facile, mais 6 % répondent que l'accès est assez difficile (4 %) ou très difficile (2 %). Parmi ces derniers, il y a deux fois plus de femmes que d'hommes (en particulier âgées de plus de 55 ans). Les auteurs soulignent que les principales raisons invoquées sont la distance et les transports. 50 % de ceux qui trouvent l'accès difficile disent que leur médecin est « trop loin » et 25 % signalent le manque de transports publics (*Health and Lifestyle Survey* (1992)).

D'autres études confirment que les utilisateurs ne vont pas au plus proche mais au « presque » plus proche. Les raisons qui expliquent cette situation sont des contacts précédents avec le médecin, des recommandations d'autres généralistes ou de la famille, des facteurs culturels, religieux ou ethniques (l'étude a été réalisée en Nouvelle-Zélande, mais ces facteurs sont également invoquées en Amérique du Nord, (Hays, Kearns, 1990)).

En France, des résultats semblables ont été trouvés pour l'hospitalisation : dans le cas d'hospitalisation programmée, les patients parcourent une distance deux fois plus grande qu'en cas d'urgence : la disponibilité la plus proche n'est donc pas choisie. En outre, la distance parcourue par les patients augmente avec le niveau d'instruction soit pour des raisons de mobilité spatiale différente selon les catégories sociales, soit pour des raisons de recherche de qualité des soins (Lucas-Gabrielli, Tonnellier, 1995), (Le Fur, Paris, Polton, 2000). Les questions concernant les difficultés d'accessibilité géographique dans les enquêtes semblent assez peu fréquentes.

La distance peut aussi changer le « comportement », dans un sens classiquement psychologique (*behaviour*) (Girt, 1973). L'auteur fait la distinction entre le comportement face à la maladie (*illness behaviour*) et l'accès effectif ou comportement thérapeutique (*therapeutic behaviour*) en faisant la remarque que la distance peut avoir sur ces deux comportements un effet amplificateur ou réducteur. En effet, l'éloignement des soins peut conduire à minimiser les symptômes (cela s'arrangera toujours) comme à les exagérer (mieux vaut consulter tout de suite en raison de l'éloignement). La distance a donc en même temps un effet positif et négatif sur le comportement de recours aux soins (*therapeutic behaviour*). L'intention de se soigner diminue avec la distance mais probablement moins si la sévérité augmente. (Carr-Hill, Place, Posnett, 1997).

1.2.3.4 Questions d'opinions

Citons enfin un article marqué par l'environnement britannique et ses listes d'attente – *waiting lists* (Stewart, Donaldson, 1990), qui interroge les patients sur leurs préférences (« Préférez-vous voyager pour obtenir plus tôt une opération chirurgicale ? »). Si l'on propose à des patients la possibilité de recevoir un traitement plus tôt, mais en dehors de leur district local, 74 % des patients acceptent cette offre, et l'accepteraient dans le futur. Ceci montre bien que la perception de la « proximité » n'est pas uniquement géographique, mais aussi temporelle dans les pays (Grande-Bretagne, Danemark, Norvège) pour lesquels la question des listes d'attente est un des problèmes importants dans l'accès aux soins. Dans le même ordre d'idée, on peut aussi mentionner une autre étude d'opinions, (Mahon et alii, 1992) qui souligne que l'avis du docteur qui réfère est important et que la distance ne joue pas un rôle déterminant (les patients sont prêts à se déplacer assez loin pour des consultations

spécialisées qui auraient lieu plus tôt, et contourner ainsi les listes d'attente). Cette étude a été aussi été réalisée en Grande-Bretagne (auprès de patients qui avaient été hospitalisés).

1.2.4 Accès aux soins et indicateurs de résultats

La proximité (ou l'éloignement) des producteurs de soins a-t-elle un effet bénéfique ou néfaste sur la santé ? En fait, on ne peut poser cette question que par rapport au recours aux soins (donc en terme de résultat) ou de recours au dépistage et à la prévention. La question correcte sera donc de mesurer l'influence de la distance sur le résultat des soins. Seule une enquête épidémiologique en population générale permettrait de déterminer les personnes qui ne recourent pas aux soins alors qu'ils sont en mauvaise santé.

En fait, les difficultés sont ici de distinguer les effets « propres » liés à l'isolement et aux difficultés d'accessibilité des effets culturels et de l'attitude différente face aux soins. Dans la revue faite pour le *Centre for Reviews & Dissemination* du NHS, Carr-Hill, Place et Posnett (1997) écrivent que « la preuve directe de la relation entre distance et mortalité ou morbidité est rare, cependant quelques études rapportent une relation inverse entre distance, résultat des soins ou état de santé ». Il est toutefois difficile, comme dans les études concernant la fréquentation des services, de tirer des conclusions générales à partir d'observations liées à des contextes particuliers.

Pour le temps d'accès, les résultats sont diversifiés (la synthèse de l'étude de York est particulièrement prudente : « dans certains cas, on peut s'attendre à ce que la distance en terme de temps passé avant de recevoir des soins influence le résultat », (Place, 1997)). Les études sont effectués dans des sites particuliers (ce qui est inévitable) et on mesure ici la difficulté d'aboutir à une loi générale ou de transposer des résultats et d'en déduire des seuils. Ainsi en France, le seuil de 30 minutes adopté pour les services d'urgences résulte d'un consensus.

Par exemple, Sampalis et alii (1993) ont trouvé à Montréal qu'une durée d'accès de plus de 60 minutes pour des blessures sévères était associée à un plus grand risque de décéder dans les 6 jours. Pour des accidents graves de la route, Jones et Bentham (1995) ont trouvé qu'à Norfolk, le résultat n'était pas associé négativement au temps d'accès au service d'urgence (jusqu'à une durée de 52 minutes).

Pour la distance, quelques études mettent en évidence l'effet de l'éloignement ou de l'accessibilité :

En Finlande, il a été trouvé que la centralisation des équipements de radiothérapies n'avait pas affecté le taux de survie à 5 ans pour le cancer du sein ou le cancer de la prostate. (Karjalainen (1990)).

Dans une étude menée en Grande-Bretagne sur 536 *wards* dans l'East Anglia pour une période de dix ans (1985-1995), Jones, Bentham et Horwell (1999) constatent que la mortalité due à l'asthme a tendance à augmenter en fonction du temps de trajet à l'hôpital (service de soins aigus, et après contrôle des facteurs de confusion), et non en fonction du trajet au généraliste. Mais les auteurs soulignent que les mécanismes en cause ne sont pas clairs : il peut aussi bien s'agir du temps d'accès en cas de crise sévère que de la réticence des populations isolées d'avoir recours à des soins spécialisés éloignés.

Accès aux maternités : deux études donnent des résultats non convergents, mais ont été réalisées dans des systèmes et des environnements très différents (État de Washington, Finlande). Le même type d'observation empirique devrait être faite en France pour apporter des indications, sinon une conclusion.

Les résultats d'une étude réalisée dans l'État de Washington montrent que les femmes ayant un accès difficile aux services d'obstétriques ont moins de chance d'avoir un nouveau né normal (Nesbitt et alii, 1996). Se pose alors la question de savoir jusqu'à quel point on doit affecter les ressources à un accès aux services de maternité au niveau local plutôt que de transférer un nombre croissant de femmes dans des établissements plus importants. Plusieurs mécanismes sont incriminés : le manque d'accès local peut compromettre une naissance normale, les offreurs de soins locaux sont le point d'entrée dans le système régional de soins périnataux, et le transport en tant que tel ainsi que le délai qui en découle sont des facteurs de risque.

Dans une étude sur les résultats des accouchements en fonction du niveau des soins obstétricaux en Finlande, Viisainen et alii (1994) concluent que dans un système régionalisé de soins d'obstétrique avec un système approprié d'adressage, les petits hôpitaux locaux ont autant de sécurité (en terme de mortalité périnatale) que les hôpitaux de soins tertiaires.

Mortalité et milieu rural

En général, les zones rurales dans les pays développés ont des structures démographiques proches : la proportion de personnes âgées y est toujours plus élevée que la moyenne (et le taux brut de mortalité plus fort). Par contre, les résultats divergent en ce qui concerne la mortalité standardisée selon l'âge car, comme nous l'avons déjà dit, les zones « rurales » ont des particularités liées à la culture, à la densité du peuplement, à des facteurs sociaux. Nous ferons simplement une énumération de quelques observations

- ◆ Aux États-Unis, l'état de santé des habitants des zones rurales ne diffère pas fondamentalement de celui du reste de la population (données contrôlées par sexe et âge), (Ricketts, 1999). L'auteur souligne cependant que les différences apparaissent si on considère la race ou l'ethnicité.
- ◆ En Grande-Bretagne, Bentham a montré que les zones rurales éloignées ont des taux de mortalité standardisés supérieurs aux autres zones rurales en Angleterre. L'interprétation est que les jeunes personnes qualifiées et en bonne santé bougent, alors que les personnes âgées, non qualifiées ou très malades ont moins de probabilité de bouger et restent dans les zones rurales éloignées. La sélection dans les migrations explique donc ces différences de taux. (Health, personal mobility and the use of health services in rural Norfolk, Bentham, Haynes).
- ◆ En France, on observe une surmortalité des unités urbaines de moins de 10 000 habitants et une légère surmortalité rurale mais qui peut s'expliquer par la composition sociale de ces zones (où l'activité est en majorité industrielle et non agricole comme on pourrait le penser). (Surmortalité rurale ou sous mortalité urbaine en France, Bouvier Colle, 1980).
- ◆ Toujours en France, pour les zones rurales isolées, l'indice comparatif de mortalité pour les hommes est légèrement inférieur à la moyenne. Ceci pourrait rapidement s'interpréter comme un effet « protection » résultant des vertus de l'environnement et de l'écologie. Mais il y a aussi incontestablement un effet « sélection » qui conduit les personnes en mauvaise santé à quitter ce type de résidence en raison de l'isolement (Lucas-Gabrielli, Vigneron, Tonnellier, 1998). Les résultats concernant les zones rurales isolées sont donc différents en France et en Grande-Bretagne.

Citons pour terminer une étude sur le dépistage, dans une enquête réalisée à partir du registre des cancers du Calvados (Launoy, Le Coutour, 1992), une des rares études françaises dans ce domaine). Les auteurs observent que les patients ruraux souffrant d'un cancer colorectal sont moins souvent traités dans un centre spécialisé que les patients urbains. Cette différence est en partie expliquée d'une part par la distance, dont l'effet peut être de retarder une consultation, et donc d'aboutir à un diagnostic tardif de la maladie pour la population rurale et d'autre part par le type de traitement. En conséquence, le pronostic diffère dans les deux types de population. Les auteurs mettent en cause moins la distance physique que le comportement face au dépistage des populations rurales. Les difficultés d'accès géographiques peuvent donc influencer sur les comportements de soins.

Ce travail très intéressant montre qu'il existe en France quelques données qui permettent d'étudier les effets de l'accessibilité en prenant en compte les spécificités françaises.

En résumé, les études empiriques, effectuées en très grande majorité dans les pays anglo-saxons, ne permettent pas de dégager une loi « universelle ». Il existe une seule certitude : l'utilisation des services est plus faible pour les personnes éloignées des services. L'effet de l'accessibilité semble plus marqué sur le plan de la prévention que pour les soins curatifs : l'éloignement semble plus dissuasif pour les traitements ou les procédures dont l'efficacité a été moins démontrée.

1.3 Volume et qualité

Même si le principal motif des restructurations hospitalières est la rationalisation liée à la maîtrise des dépenses de santé, la qualité reste un critère fondamental et un objectif important du système de santé. Au sein du système, les soins et services de proximité ont une influence majeure sur cet objectif. La question est quelle qualité ? La qualité de l'acte technique médical, la qualité de la prise en charge du patient, la qualité de l'état de santé de la personne malade, la qualité de l'état de santé de la population ou finalement la qualité de vie de l'ensemble de la population ?

Nous verrons dans un premier temps quelles définitions donner à la notion de qualité des soins. Puis, nous examinerons au travers d'études empiriques la nature des relations entre le volume des actes réalisés et la qualité du service rendu, et enfin la nature de la relation unissant la qualité à la taille de la structure ainsi que les alternatives que l'on peut envisager en terme de restructuration hospitalière (mais cette dernière perspective est très ambitieuse).

1.3.1 La qualité des soins, essai de définitions

Qu'est ce que la qualité des soins ? Cette question possède plusieurs niveaux de réponse selon les acteurs considérés, certains pouvant être contradictoires. Existe-t-il une hiérarchie dans les priorités ? Tel critère est-il plus légitime que tel autre ? Nous allons reprendre les 7 critères de Maxwell (Maxwell, 1985) de façon à cerner la notion de qualité : l'efficacité pragmatique, l'efficience, la justesse pour le patient, l'acceptabilité par le patient et par la société, l'accessibilité, et l'équité. Nous utiliserons cette grille de lecture pour cerner les différentes facettes de la notion de qualité.

- *L'efficacité pragmatique* ou technique des soins est aisément repérable et évaluable. Pour ces raisons, elle est parfois perçue, à tort, comme l'objectif ultime du dispositif médical. Bien qu'insuffisant, ce critère n'en est pas moins incontournable. Les moyens disponibles pour atteindre cet objectif sont nombreux. Ils sont pour certains clairement identifiés et évalués : les technologies médicales, les molécules, les pratiques médicales, l'organisation des soins. Pour d'autres les définitions et méthodes d'évaluation demeurent plus floues : la place du patient dans le dispositif, les conditions de travail du personnel, l'adéquation des technologies aux différents types de structures et aux besoins. Bien que les techniques épidémiologiques et statistiques soient éprouvées, le choix des indicateurs et les ajustements à effectuer constituent encore un débat central. Le taux de mortalité est l'indicateur de qualité le plus communément utilisé, il est néanmoins à manier avec précaution. Quel taux de mortalité utiliser : mortalité immédiate, à 30, 60 ou 90 jours ? Est-ce la mortalité totale ou évitable. Est-ce un taux standardisé ou brut ? Sur quelles variables est-il standardisé ? Sont-elles suffisantes ? O'Leary (1997) a mis en évidence que la moitié des décès enregistrés dans certains centres sont strictement inévitables et indépendants de la qualité des soins. En revanche, des variables comme le bassin d'attraction de l'hôpital, la proportion d'admissions issue des urgences, la proportion d'interventions complexes pratiquées, la disponibilité et la « qualité » des établissements de soins de suite et de réadaptation sont en

relation directe avec le taux de mortalité. Il convient donc d'être extrêmement vigilant sur le choix des indicateurs et l'interprétation des enquêtes.

- *L'efficience* pose le problème du coût des biens et services disponibles. Dans un contexte de ressources limitées, la question de l'efficience est centrale dans le débat sur la constitution d'un panier de ces biens et services supporté par la collectivité. Le coût de la prestation apparaît donc comme un dénominateur qui transforme la problématique d'efficacité en efficience. Ce critère est développé dans la partie suivante du chapitre.
- *La justesse pour le patient* : ce critère aborde la problématique des besoins. L'offre est-elle excessive, insuffisante ou adaptée aux besoins ? Quels sont les besoins de santé de la population ? Jusqu'où doit-on aller dans l'adaptation de l'offre de soins aux besoins spécifiques de la population, et dans quelle mesure ? L'hôpital possède un fort potentiel structurant, il modifie considérablement l'aménagement du territoire et la composition de la population environnante, son activité et son profil socio-démographique. Dans ce cadre, quelles sont les conséquences sur la population du développement ou de la disparition de certains types d'activités ? N'existe-t-il pas un risque de voir apparaître un phénomène de discrimination spatiale qui, à terme, se révélerait plus néfaste que bénéfique ? Quelles sont dans ce contexte la responsabilité et le rôle de l'État ? Quelles sont les priorités : l'efficience du système de soins ou bien l'homogénéité et l'équité au sein de la population ? Les réponses à ces questions sont politiques et pour la plupart correspondent à des choix sociaux, voire philosophiques. Les études scientifiques sont dans ce cas de peu d'utilité.
- *L'acceptabilité par le patient* occupe une place de plus en plus prépondérante dans la définition de la qualité des prestations de santé. Le développement de la démocratie sanitaire (conférences nationales de santé, association de patients et d'usagers) a placé le patient au cœur du système de soins et sa satisfaction devient par là même un élément important de la qualité des soins. Or la préférence des patients pour des soins potentiellement de meilleure qualité mais délivrés loin de chez eux n'est pas évidente. Une étude réalisée aux États-Unis sur 100 patients (95 % d'hommes et 65 ans de moyenne d'âge) en attente de chirurgie donne des arguments contraires (Finlayson, 1999). Pour des interventions chirurgicales présentant des risques de mortalité opératoire identiques, les patients préfèrent les soins les plus proches. En revanche, si le risque lié au traitement local est deux fois supérieur à celui proposé par un grand centre plus éloigné 45 % des patients choisissent le traitement local. De manière surprenante, si l'on quadruple le risque, ce sont encore 23 % des patients qui restent favorables au traitement local. Les arguments motivant ce comportement sont : la proximité des services et des aides habituelles, la continuité des soins, la proximité de l'environnement familial, la confiance dans le soignant habituel, et enfin la diminution des problèmes pratiques liés au transport. Il faut cependant considérer qu'il s'agit ici d'un sondage d'opinion : il n'est pas certain que les personnes réellement concernées par cette question réagissent de cette manière. Au même titre que la contrainte économique, la satisfaction des patients et le respect de leurs opinions vont devenir des critères importants des choix politiques en ce qui concerne l'organisation et le fonctionnement du système de soins.
- *L'acceptabilité par la société*, de même que l'acceptabilité par le patient, occupe une place déterminante dans l'organisation du système de santé. En France, les ordonnances de 1996 qui soumettent le projet de loi de financement de la Sécurité sociale au vote du parlement en sont une illustration. L'argent public employé pour les structures de santé induit de nombreuses retombées au-delà de la sphère sanitaire. Il est impératif de les identifier, de les évaluer et de les intégrer au processus de décision afin d'optimiser la répartition de ressources publiques.
- *L'accessibilité aux soins* qu'elle soit géographique, économique, sociale, comportementale a été abordée dans la partie précédente. Elle est indissociable de la notion de qualité du service rendu.

Tous les moyens nécessaires à l'accès aux structures mises en place doivent être proposés de façon à améliorer la rentabilité et l'efficacité de l'offre de soins proposée.

- *L'équité* : il n'y a pas de qualité des services de santé sans une répartition équitable de ces derniers. La notion d'équité est donc centrale dans le débat sur la qualité des services rendus en terme de santé. L'équité correspond à une préoccupation collective de justice entre les individus. On peut la définir comme l'appréciation de ce que collectivement on pense juste de répartir également entre les individus et les groupes (Sen, 1992). Il s'agit d'un jugement moral sur l'allocation des ressources (Arweiler et alii, 1997) or ce jugement est relatif. Il est déterminé à un endroit et à un moment donné par ce que la population reconnaît comme juste. La notion d'équité repose donc sur la capacité de l'État à redistribuer les ressources entre les différents groupes contributifs de la société : les groupes socio-économiques, les différentes générations, les populations des différents espaces géographiques, les malades et les biens portants, ceux qui ont un emploi et ceux qui n'en ont pas. Plus concrètement, dans le domaine de la santé, la notion d'équité s'exprime sous la forme du pourcentage de la population couverte par le régime d'assurance maladie et par l'étendue de cette couverture, mais également sous la forme de l'importance du paiement à effectuer au moment de l'utilisation des services, de l'existence de barrières géographiques, sociales ou organisationnelles à l'accessibilité aux services (Contandriopoulos et alii, 1999). Selon les degrés d'ajustement de ces paramètres, et du niveau d'équité choisi par la société, la qualité du service est plus ou moins importante.

Parmi ces sept critères, certains relèvent d'un consensus ou d'un choix social. Nous nous intéresserons maintenant aux critères de qualité mesurés d'une manière empirique.

1.3.2 Qualité et volume de pratique

Les a priori, les études empiriques, les guidelines et leurs applications

La médecine comportant de nombreux actes techniques et les croyances collectives suivant l'adage : « c'est en forgeant que l'on devient forgeron », le raccourci est rapide et se traduit par : « on ne fait bien que ce que l'on fait souvent ». Croyance, qui se traduit dans les faits par la certitude qu' « *un plus grand nombre d'actes est systématiquement gage d'une meilleure qualité, même une fois passée la période de formation* » (Bunker et alii, 1982). Dans le monde anglo-saxon, cette hypothèse est connue sous le nom « la pratique rend parfait » (Flood, Scott, Ewy, 1984) mais peut être interprétée de différentes façons.

De nombreuses études scientifiques se sont faites l'écho de cette pensée, et dans certains cas, elle s'est vue relayée par les experts et les décideurs qui en ont tiré des seuils de volume d'activité en dessous desquels la qualité ne serait plus garantie. Il faut en ce domaine faire la distinction entre les études empiriques qui cherchent des seuils à partir d'enquêtes et les recommandations (guides de bonne pratiques, *guidelines*) établies « à dire d'experts » ou par des conférences de consensus.

En Angleterre, le *Royal Medical College* et des associations de spécialistes ont, pour de nombreux actes, fixé des seuils d'activité. Ailleurs, ces seuils ont force de loi. Aux Pays-Bas, un établissement n'a pas le droit d'exercer la chirurgie cardio-vasculaire en dessous de 600 interventions par an (Banta et Bos, 1991). Aux États Unis, l'*American College of Surgeon* fixe le nombre minimum d'intervention à cœur ouvert à 150 par établissement et par an (*American College of Cardiology*, 1988). En 1989, l'OMS confirme la recommandation de l'*American College of Cardiology* : « au moins une angioplastie coronaire par semaine et par centre ». Il est intéressant de noter que pour la plupart d'entre eux, ces seuils sont relativement bas et peuvent être atteints par une grande majorité des établissements juste en se restructurant et sans opérer de fusion ou de regroupement.

En France, certains seuils ont été fixés par des conférences de consensus réunissant des experts. D'autres sont des recommandations (voir le tableau suivant concernant les centres de coronarographie et d'angioplastie coronaire (Meyer et alii, Archives des maladies du cœur et des vaisseaux, tome 93, n° 2, février 2000)).

Recommandations de la Société française de cardiologie concernant la formation des médecins coronarographistes et angioplasticiens, l'organisation et l'équipement des centres de coronarographie et d'angioplastie coronaire (extraits)

En février 2000, les experts de la Société française de cardiologie ont émis des recommandations concernant l'opportunité d'ouverture de nouveaux centres de cathétérisme cardiaque, et le niveau de pratique recommandé pour les praticiens et pour chaque centre.

L'ouverture de centres supplémentaires :

L'ouverture de nouveaux centres ne réalisant que des actes diagnostiques n'a plus de justification compte tenu de la densité actuelle des salles de cathétérisme cardiaque sur le territoire national et le développement de la cardiologie interventionnelle.

La création d'un nouveau centre de cathétérisme interventionnel doit correspondre à un besoin sanitaire réel :

- elle doit être justifiée par un bassin de population suffisant pour garantir la qualité des soins (compte tenu de l'activité nationale qui est aujourd'hui de 1 300 angioplasties coronaires par million d'habitants, cela suppose qu'un centre draine tous les patients coronariens d'une population d'environ 350 000 habitants).
- elle doit répondre d'emblée aux recommandations concernant la formation et la compétence du personnel médical et paramédical, le matériel, l'organisation des soins, ainsi qu'aux conditions de couverture chirurgicale.
- après un délai de trois ans, correspondant à sa mise en route progressive et pendant lequel la qualité des soins sera soigneusement évaluée, l'activité du centre doit devenir conforme aux critères quantitatifs des recommandations.
- cette création ne doit pas être préjudiciable au bon fonctionnement d'un autre centre régional qui, alors, ne recevrait plus assez de patients pour maintenir son niveau de qualité.
- lorsque ces conditions ne sont pas toutes remplies, la préférence pourrait être donnée à l'organisation d'un réseau de soins.

Les niveaux d'activité recommandés par médecin et par centre :

Après sa période de formation, un cardiologue hémodynamicien et coronarographe doit réaliser au moins 250 cathétérismes diagnostiques par an.

Une fois formé, un cardiologue interventionnel doit réaliser au moins 125 cathétérismes thérapeutiques par an pour maintenir son habileté et pouvoir s'adapter rapidement aux évolutions techniques.

L'activité d'un centre qui après trois ans d'existence réalise annuellement moins de 250 cathétérismes thérapeutiques doit être considérée comme insuffisante pour garantir la sécurité des patients et la poursuite de l'activité d'un tel centre ne peut être recommandée.

L'activité d'un centre qui réalise annuellement entre 250 et 400 cathétérismes thérapeutiques demeure insuffisante. Néanmoins, sous réserve que la compétence des médecins qui y travaille soit reconnue et que leur niveau individuel d'activité soit conforme aux recommandations, ce centre peut poursuivre et développer son activité, en privilégiant :

- un fonctionnement effectif en réseau avec un ou des centres à haut niveau d'activité,
- une évaluation critique de son activité,
- une mise en commun de l'expérience des médecins.

L'activité d'un centre qui réalise annuellement 400 à 600 cathétérismes thérapeutiques est correcte, permettant *a priori* de garantir des soins de qualité.

L'activité d'un centre qui réalise annuellement plus de 600 cathétérismes interventionnels est satisfaisante. Le niveau de sécurité peut y être qualifié d'optimal, il permet à ce centre de participer à la formation des cardiologues qui souhaitent apprendre le cathétérisme cardiaque. Néanmoins, un tel niveau d'activité ne dispense pas d'une évaluation continue de la qualité du centre et des médecins qui y travaillent.

Les limites des enquêtes : méthodologies et conseils

Les questions qui se posent immédiatement sont : d'où viennent ces seuils ? Quelles sont les études qui ont conduit à ces chiffres ? Quelle en est la méthodologie ? Est-elle valide ? D'une manière générale, plusieurs difficultés permettent de douter de la validité de la relation mise en évidence. Parmi elles, on peut en noter cinq principales :

- La qualité du service rendu dépend certes de la qualité des soins, mais également de la survenue d'événements rares liés au hasard. Dans de nombreux cas, il est délicat de différencier ce qui est attribuable aux prestations techniques et aux soins de ce qui est du au hasard. Une étude, qui avait attribué une différence de qualité aux prestations de chacun des hôpitaux étudiés, a finalement conclu, après un réexamen des données, que cette différence observée était en réalité liée au hasard (Localio et alii, 1995).
- La difficulté de trouver des indicateurs de résultat pertinents. L'usage du taux de mortalité par exemple ne prend en compte, traditionnellement, que la mortalité immédiate ou au mieux à 30 jours, et ignore tous les décès survenus au-delà de cette limite. Au delà de ce problème, les différentes politiques de sorties plus ou moins anticipées des malades modifient considérablement les statistiques de mortalité des établissements. Une deuxième difficulté concernant l'indicateur de mortalité est qu'il ne représente que partiellement la notion de qualité des soins. Dans de nombreux cas, la qualité de vie ou la satisfaction des patients sont des indicateurs plus pertinents pour la prothèse de hanche par exemple (Heaton et alii, 1995).
- La difficulté de définir ce que sont des volumes faibles ou importants de pratique. Il existe de fortes variations pour un même type d'actes : ainsi pour les pontages coronariens, certaines études considèrent le nombre de 200 interventions par an comme un volume élevé, alors que pour d'autres 650 interventions par an sont insuffisantes (Ferguson, Sheldon, Posnett, 2000). Se pose également la question de la durée de la période prise comme référence. L'année est-elle pertinente ou ne faut-il pas envisager des périodes plus courtes ? Le volume d'activité doit-il être défini par établissement ou par praticien ? Pour toutes ces questions, la généralisation est malaisée car il existe de nombreux facteurs de confusion : la technique chirurgicale et le matériel utilisé, la nature et la qualité de l'équipe chirurgicale, le milieu urbain ou rural, le caractère universitaire de l'établissement, le fait que le praticien qui consulte n'est pas forcément celui qui opère. En conclusion, s'il existe un lien entre le volume des actes et la qualité, une partie du gain en matière de qualité est probablement due à une augmentation de la pratique des intervenants, mais aussi à d'autres causes : les bonnes pratiques, la formation initiale et continue, le management, l'hygiène. Il arrive que dans certains cas, des praticiens ayant une activité plus faible aient des indicateurs de qualité supérieurs (Hannan et alii, 1994).
- La difficulté d'attribuer un lien causal à la relation volume/qualité. Dans le monde anglo-saxon, cette hypothèse est connue sous le nom « la pratique rend parfait » (Flood, Scott, Ewy, 1984). Elle peut être interprétée de différentes façons. En effet, il peut y avoir un effet d'adressage sélectif : les hôpitaux dans lesquels les médecins ont de bons résultats peuvent attirer plus de patients. D'autre part, il est possible que les hôpitaux ayant un fort volume d'activité attirent les meilleurs chirurgiens. Comme on le voit, il est difficile de trouver une direction de causalité à partir de données d'observation.
- Les études de Boles (1994) et Waddell et alii (1991) ont essayé de se rapprocher de cet objectif en réalisant des enquêtes longitudinales dans un établissement donné. Elle n'ont pas montré d'augmentation de la qualité des soins avec l'augmentation du volume des actes.
- Enfin, la dernière difficulté réside dans la définition de cas : les procédures, les interventions, les actes médicaux sont-ils comparables ? La nomenclature actuelle ne permet pas de connaître avec exactitude la nature des actes réalisés et surtout les indications pour lesquelles de tels actes ont été réalisés.

Les relations entre volume de pratique et qualité des résultats

La concentration de l'offre de soins hospitalière est présentée comme une manière d'accroître la qualité des soins. Le volume de la pratique du médecin, la taille de l'établissement sont-ils reliés à une meilleure qualité du service rendu ? De façon à faire le point sur ces questions, en 1996, le *NHS center for reviews and dissemination* a réalisé une revue systématique de la littérature afin de répondre à 3 questions (*Concentration and choice in the provision of hospital services : the relationship between hospital volume and quality of health outcomes*, CRD report 8, University of York, 1996) :

- Quelle est la relation entre une augmentation du volume de pratique des médecins ou des établissements et les bénéfices retirés par les patients ?
- Dans quelle mesure peut-on dissocier le nombre d'interventions des conditions dans lesquelles elles sont réalisées ?
- Jusqu'à quelles limites les améliorations de résultats sont-elles dues à l'augmentation du volume et pas à d'autres facteurs comme la nature des échantillons ?

Dans cette revue systématique, plus de 200 études ont été prises en compte dans des disciplines aussi diverses que la chirurgie cardio-vasculaire, la pneumologie, la gastro-entérologie, la chirurgie orthopédique, la réanimation, l'urologie, les maladies infectieuses, l'ophtalmologie ou la cancérologie

La plupart des études « observent une diminution des mauvais résultats (principalement la mortalité) quand le volume augmente », mais les auteurs soulignent qu'il demeure le problème de l'ajustement des données en tenant compte des facteurs de confusion (notamment la sévérité de la maladie ou *case mix*). La qualité de l'ajustement joue en effet un grand rôle dans la nature de la relation entre le volume et la qualité. Ainsi, dans de nombreux cas, les biais de sélection font que la relation positive est expliquée par d'autres facteurs que celui du volume (Frater, Sheldon, 1993). Les résultats ont montré que plus on ajuste sur un nombre important de critères, plus le lien entre le volume d'activité et le résultat devient ténu et plus le rôle estimé du volume de la pratique devient faible. Par exemple, pour le pontage coronarien, une étude a mis en évidence la disparition totale de l'influence du volume sur la qualité des soins après ajustement (Shroyer et alii, 1996).

En Grande-Bretagne, l'étude APACHE II (Jones, Rowan, 1995) révèle que la plus forte mortalité trouvée dans les unités de soins intensifs de petite taille avec des données non ajustées disparaît après ajustement selon le *case mix* : le niveau moyen de sévérité est donc plus élevé dans les unités de petite taille.

Une étude longitudinale

Brownell et alii (1999) ont cherché à voir si la diminution du nombre de lits d'un hôpital modifiait l'accès aux soins et leur qualité.

Les auteurs ont examiné entre 1985 et 1995, période durant laquelle ont eu lieu les suppressions de lits dans l'hôpital étudié, la mortalité à 30, 60, et 90 jours après ajustement sur l'âge et le sexe. Aucune dégradation de ces indicateurs n'a été mise en évidence. De plus, le taux de réadmission, en hospitalisation ou en consultation, n'est affecté de manière significative dans aucune spécialité. Par contre, le corollaire direct de la diminution du nombre de lits est la diminution de la durée moyenne de séjour, mais sans augmentation du nombre de réadmissions. Cette dernière relation a été examinée auprès de deux populations sensibles : les personnes âgées et les exclus. Bien que leur taux de réadmission soit plus élevé que la moyenne, il n'est en rien lié à la diminution du nombre de lits de l'hôpital.

Enfin, les lits de court séjour supprimés ont été convertis en lits de soins de suite et de réadaptation ce qui a permis de diminuer la durée de séjour des personnes en attente de placement, rendant ainsi le système de soin plus efficient, plus rationnel.

Deux conclusions majeures peuvent être tirées de ce travail (NHS CRD). D'une part, de nombreuses études ne tiennent pas assez compte de la sévérité de la maladie (*case mix*), ce qui les amène à surestimer le rôle du volume comme déterminant de la qualité. D'autre part, aucune série temporelle ne permet de mettre en évidence une augmentation de la qualité que l'on puisse rapprocher d'une augmentation du volume des actes ou de la taille de la structure. Seule une enquête longitudinale sur une cohorte d'établissements permettrait de valider ce dernier point.

Pour ces raisons les diverses revues de la littérature concluent de façon contradictoire aux vertus de la concentration (Luft et alii, 1990) puis à son absence d'influence sur l'accroissement de la qualité des soins (Jarhult, 1996).

Si l'on examine à présent l'état de santé de la population et non uniquement la qualité des soins prodigués aux personnes malades : quelles sont les conséquences des restructurations hospitalières sur « l'état de bien être physique, social et moral » de la population ? La présence d'un hôpital interfère de manière importante sur la vie sanitaire, économique et politique locale. L'agrandissement, la spécialisation ou la fermeture de l'hôpital public, dans de nombreux cas premier employeur de la commune, si ce n'est de la région, sont lourds de conséquences. Suivant les cas les restructurations peuvent jouer le rôle de facteurs de risque ou de facteurs préventifs sur l'état de santé de la population. Il n'existe malheureusement aucune étude dans la littérature permettant de développer cette réflexion.

Nous n'avons pas, dans cette partie abordé le critère économique, *primum movens* des réformes hospitalières qui fait l'objet de la partie suivante. Comme l'écrit Jocoü (1992) ce critère est directement lié à la notion de qualité : « la qualité coûte cher, mais il existe quelque chose de plus coûteux que la qualité : son absence ».

1.4 Volume et coût

D'un point de vue économique, la proximité des soins renvoie à la question de la taille optimale des structures de soins. Quelle est la taille permettant de produire le service hospitalier au « meilleur » coût ? Cette question est celle de l'existence d'économies d'échelle. Peut-on, comme en économie industrielle, démontrer que les coûts de production diminuent lorsque la taille ou le niveau d'activité des structures augmente ? Pour le secteur hospitalier, cette notion suppose que les grosses structures de soins vont bénéficier de leur taille pour amortir leurs frais fixes (les frais de structure notamment) sur un nombre important de séjours.

La théorie économique néo-classique suppose qu'il existe une relation « en U » entre les coûts moyens et la taille des hôpitaux (Aletras et alii, 1997). Lorsque la taille du service augmente, les coûts moyens diminuent (économies d'échelle) et atteignent un minimum. Cependant, des coûts supplémentaires apparaissent lorsque la taille atteint un certain niveau (nouveaux coûts de coordination, gestion plus complexe des ressources...) et le coût moyen peut recommencer à augmenter ; on est alors en présence de déséconomies d'échelle.

Deux approches sont principalement utilisées pour étudier le phénomène :

La première, la plus classique, consiste à estimer des fonctions de coût hospitalier en recherchant l'effet d'un certain nombre de variables (variable de taille et d'activité, *case mix* ou sévérité

comparable des cas) sur le coût moyen d'un traitement hospitalier. Ce type d'analyse se heurte cependant à deux difficultés majeures : l'une est liée à la définition des variables explicatives. Comment tenir compte de la sévérité des cas (*case mix*) ou de la qualité des soins ? Cela rend délicat l'interprétation des écarts entre hôpitaux. L'autre est due à la nécessité de formuler des hypothèses sur le mode de gestion des hôpitaux.

La seconde approche est celle de la méthode DEA (*data envelopment analyses*). Elle mesure l'efficacité d'un ensemble d'hôpitaux à partir du calcul d'un score d'efficacité. Il est défini comme le rapport entre les *outputs* (séjours, journées, actes...) et les *inputs* (travail, lits...). La comparaison entre hôpitaux permet de déterminer l'efficacité relative de chaque hôpital : un hôpital est considéré comme « relativement efficient » si on ne peut trouver d'autres hôpitaux ayant une plus grande production avec la même quantité d'*inputs*. A partir de ces données, il est possible de déterminer une « frontière de meilleure pratique », du point de vue économique, correspondant aux hôpitaux ayant les plus fortes productivités des facteurs de production. Cette méthode est particulièrement appropriée au secteur non marchand car elle s'applique aisément aux technologies multi-produits et s'adapte parfaitement aux données disponibles, généralement exprimées en unités physiques (Dervaux, 1994).

Aletras, Jones, Sheldon (1997), dans une étude pour le NHS, ont rassemblés une centaine d'études sur les économies d'échelle dans le secteur hospitalier ; la plupart sont américaines. Elles ont en commun de n'étudier que des hôpitaux efficients et de retenir l'ensemble de l'hôpital comme unité d'analyse. Pour confronter les résultats, ils ont classés les études selon divers critères : méthodes statistiques utilisées, définition des coûts et des produits...

Parmi les études les plus fiables, les résultats sont concordants et permettent de déterminer des seuils d'économies et de déséconomies d'échelle pour les services de court séjour hospitalier. Selon ces études, « *des économies d'échelle peuvent être réalisées dans les hôpitaux de court séjour jusqu'à la taille de 100 à 200 lits. Les hôpitaux de plus de 300 à 600 lits peuvent engendrer des déséconomies d'échelle* » (*Effective Health Care*, 1996), (Aletras, Jones, Sheldon, 1997). Autrement dit, les structures de moins de 100 à 200 lits peuvent augmenter leur efficacité en augmentant leur taille, mais au dessus de ce seuil, les hôpitaux seraient trop importants pour respecter la règle de minimisation des coûts, ou du moins ne sont pas plus rentables que des établissements de taille inférieure.

En économie industrielle, un autre effet d'échelle existe, celui de l'économie de gamme. Il s'agit d'une réduction de coût consécutive à la production simultanée de plusieurs activités. Dans le secteur hospitalier, les économies de gamme pourraient provenir, par exemple, de l'utilisation commune d'un équipement médical par plusieurs services. Mais il semble que peu de résultats robustes existent dans le domaine. Les quelques études réalisées sur le sujet ont des résultats divergents.

En France, des travaux de même nature existent mais ils sont peu nombreux. Ils tendent à se développer avec la diffusion des données du PMSI. La plupart ont sélectionné le service comme unité d'analyse (Dervaux et alii, 1994), (Jacobzone, 1994), (De Pourville et alii, 1997).

Dervaux et alii (1994) ont tenté de mesurer la productivité des hôpitaux publics français à partir d'un échantillon de 193 centres hospitaliers tiré de la base de données hospitalières du ministère de la Santé (H80)¹. En l'absence de données sur la qualité des soins, la gravité des maladies et l'impact de l'activité de l'établissement sur l'état de santé du patient, « l'inefficacité mesurée doit plutôt s'interpréter comme une inefficacité organisationnelle (et non pas médicale) ». L'analyse de

¹ Enquête annuelle auprès des hôpitaux publics français, gérée par le Ministère de la Santé et mise en place en 1980.

l'échantillon définit une taille optimale de 620 lits et des rendements d'échelle décroissants sont systématiquement mis en évidence dans des établissements de plus de 775 lits.

De Pouvourville et alii (1997), à partir de la base PMSI contenant 220 000 séjours et 22 hôpitaux, mettent en évidence des économies d'échelle pour quelques activités telles que l'appendicectomie ou l'accouchement mais les autres résultats sont peu robustes, notamment parce que le nombre d'établissements est trop faible et qu'un certain nombre d'informations nécessaires à l'étude n'étaient pas disponibles dans la base PMSI de l'époque.

De même, Jacobzone (1994), en étudiant la fonction de coût des services de court séjour de l'AP-HP, obtient des résultats trop fragiles pour être interprétés en terme d'économie d'échelle, mais réussit par contre à mettre en évidence des économies de gamme correspondant *a priori* à des effets de complémentarité entre spécialités médicales dans le recours au plateau technique.

Au regard de ces quelques résultats, nous avons calculé la répartition par taille des établissements de France métropolitaine de court séjour en hospitalisation complète (tableau 2). Si on applique aux établissements français les principales conclusions provenant des analyses anglo-saxonnes, on obtient les résultats suivants :

- 1) Les hôpitaux efficaces sont susceptibles de réaliser des économies d'échelle en augmentant leur taille jusqu'au seuil de 200 lits environ. En France, 86 % des établissements représentant 43 % des lits sont situés sous ce seuil.
- 2) Au-delà de 300-600 lits, le coût moyen des établissements peut être supérieur à celui des établissements de taille inférieure. En France métropolitaine, il y a 3 % d'établissements de plus de 600 lits concentrant 30 % des lits en hospitalisation complète.

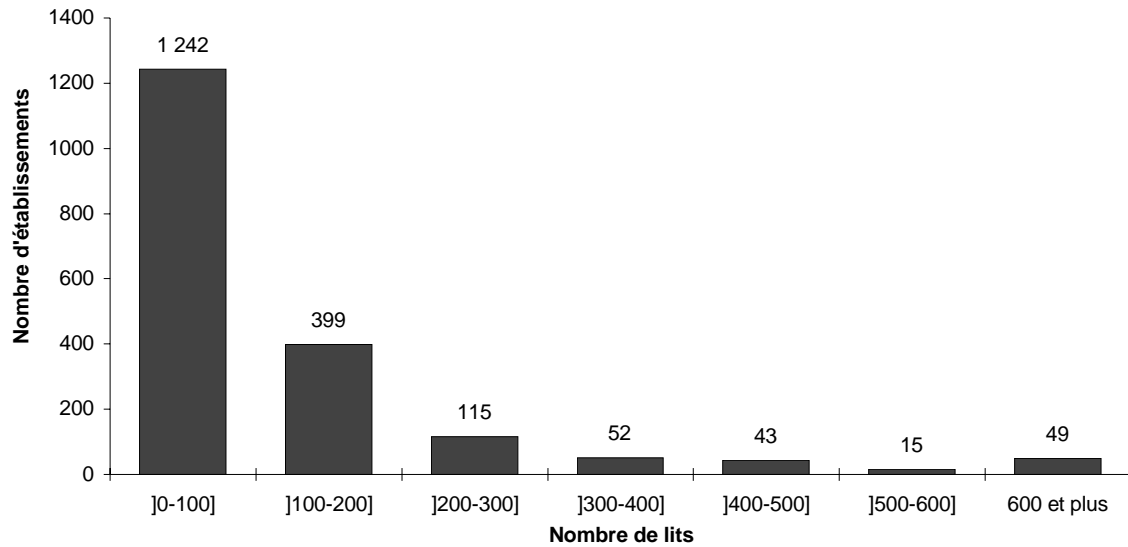
Tableau 2
Répartition du nombre d'établissements* (publics et privés) et du nombre de lits par taille en France au 31 décembre 1996

lits court séjour	Nombre d'établissements			Nombre de lits court séjour		
	effectif	%	% cumulé	effectif	%	% cumulé
]0-100]	1 242	65	65	57 336	22	22
]100-200]	399	21	86	55 548	21	43
]200-300]	115	6	92	28 031	11	53
]300-400]	52	3	94	17 768	7	60
]400-500]	43	2	97	19 457	7	67
]500-600]	15	1	97	8 194	3	70
600 et plus	49	3	100	78 159	30	100
total	1 915	100	-	264 493	100	-

* établissements réalisant des soins de courte durée en hospitalisation complète.

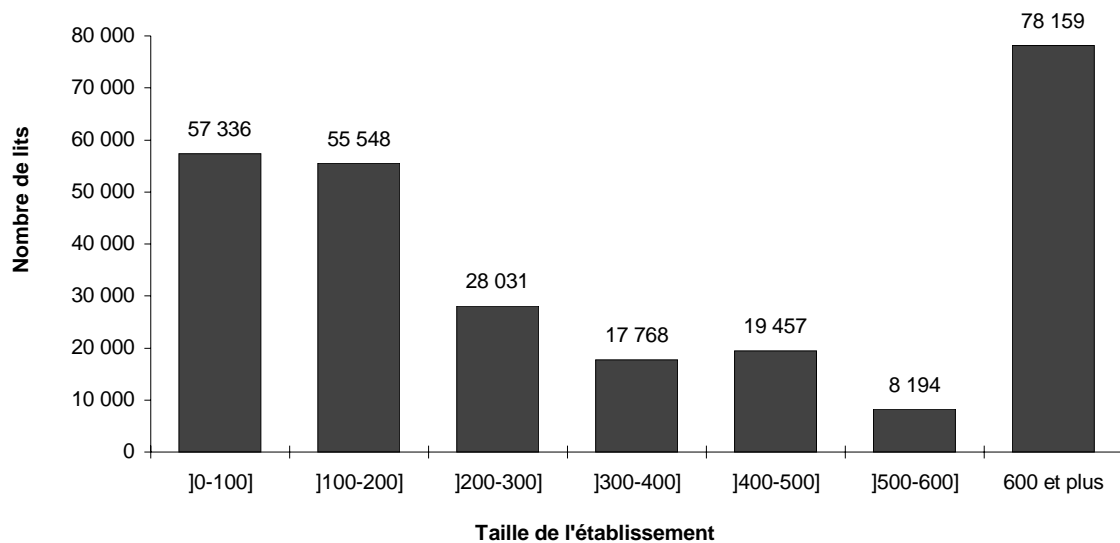
Source : Cd-Rom SAE 96, DREES

Figure 1
Nombre d'établissements par taille (nombre de lits) - France 1996



Source : Cd-Rom SAE 96, DREES

Figure 2
Nombre de lits selon la taille de l'établissement - France 1996



Source : Cd-Rom SAE 96, DREES

Les travaux réalisés jusqu'à présent concernent les services de court séjour. A notre connaissance, il n'en existe pas sur les services de moyen et de long séjour.

Une condition très forte de l'analyse d'Aletras, Jones et Sheldon est de n'avoir sélectionné que les établissements efficaces. Il est clair que lorsque ceux-ci ne le sont pas (s'il existe un excédent des capacités par exemple) la concentration peut être un moyen de diminuer le coût moyen de production quelque soit la taille de l'établissement. Par ailleurs, les résultats proviennent essentiellement de travaux effectués dans des hôpitaux américains, ce qui est tout de même très spécifique. Les travaux

français sont peu nombreux et leurs résultats sont souvent fragiles. Le seul qui soit convergent avec les études anglo-saxonnes est la mise en évidence de déséconomies d'échelle pour des établissements hospitaliers de grande taille (Dervaux et alii, 1994).

Ces résultats fournissent des seuils d'efficience organisationnelle mais ne tiennent pas compte des autres facteurs : efficacité médicale et accessibilité de la structure par la population notamment.

Au-delà de la définition de la taille optimale des établissements, les restructurations hospitalières mettent en exergue la place de l'hôpital dans la vie économique d'un département ou d'une région. Les équipements médicaux et surtout hospitaliers structurent depuis longtemps l'espace géographique. Comme le soulignent Corvez et Vigneron (1999), « *Avec la fin de la société industrielle, l'hôpital est soudain devenu, en cette fin de siècle, non seulement le premier employeur, ce qu'il était déjà souvent, mais aussi le dernier gros employeur de la plupart des villes françaises* ».

***2. La Grande-Bretagne :
le « nouveau NHS »
et les soins primaires***

2. La Grande-Bretagne : le « nouveau NHS » et les soins primaires

Comme dans beaucoup d'autres pays, la notion de *proximité* ou de *soins de proximité* n'intervient pas explicitement en Grande-Bretagne. Cependant la volonté de maintenir un accès équitable et de promouvoir une charte « *des soins de première ligne de qualité* » peut être considérée comme la traduction institutionnelle de la gestion des soins de proximité.

Le tournant du nouveau *National Health Service* (NHS) vers les soins primaires semble tout à fait proche des préoccupations concernant les soins de proximité en France. « *La rhétorique politique a été de favoriser un NHS centré sur les soins primaires, qui sont considérés comme une « bonne chose », bien que la preuve n'en soit pas faite* » (Bloor, Maynard, Street, 2000). De telles justifications sont employées en France pour la promotion des services de proximité (pas seulement dans le domaine de la santé). La démarche engagée est assez proche aussi dans ses motivations de la décentralisation : le fait de prendre des décisions très proches des patients devrait être plus efficace (principe de subsidiarité).

Cette démarche se double d'instruments objectifs d'évaluation : le *NHS performance assessment Framework* dont l'ambition est d'évaluer la performance du « nouveau NHS » (*New NHS*). Les indicateurs proposés pourraient aussi concerner en France la qualité des soins de proximité.

2.1 Présentation générale

La population de la Grande-Bretagne est assez proche de celle de la France : 58 492 milliers de personnes. Mais la densité de population y est deux fois plus élevée (244 habitants au km² contre 108 habitants au km² en France). 89 % de la population anglaise est urbaine, contre 73 % en France. Ces quelques chiffres montrent que les « *soins de proximité* » ont une signification différente dans un pays très urbanisé, densément peuplé et pour lequel l'espace rural est peu comparable. Cette donnée de base ne doit pas être oubliée car elle s'ajoute à l'autre grande caractéristique : le généraliste « pivot » du système de soins.

Tableau 3
Quelques chiffres repères sur la Grande-Bretagne en 1995

	Grande-Bretagne	France
Population		
Population totale (milliers)	58 492	58 020
Densité de population (hab. au km ²)	244	108
Pourcentage de population urbaine	89	73
Population de moins de 15 ans (%)	19.4	19.6
Population de plus de 65 ans (%)	15.8	15.0
Population de plus de 80 ans (%)	3.9	4.1
Natalité, mortalité		
Taux brut de mortalité/1 000 personnes	11	9
Taux de mortalité infantile pour 1 000 naissances vivantes	6.0	4.9
Espérance de vie à la naissance - Hommes	74.1	73.9
Espérance de vie à la naissance - Femmes	79.4	81.9
Economie		
PIB/tête, \$ PPA (parité de pouvoir d'achat)	18 136	20 306
Dépenses publiques/PIB (%)	44.3	55.7

Les indicateurs de santé en Grande-Bretagne sont dans la moyenne par rapport aux pays occidentaux : l'augmentation de l'espérance de vie a été légèrement supérieure à la moyenne européenne depuis 1980, et beaucoup d'indicateurs standardisés de mortalité montrent un bon classement, par exemple pour les morts violentes, accidents, suicides. Cependant l'espérance de vie à 65 ans est comparativement plus basse pour les deux sexes. Et le taux de mortalité pour les maladies cardio-vasculaires entre 0 et 64 ans (mortalité prématurée, source OMS) est plus élevé que dans les autres pays de l'Union Européenne.

2.2 L'organisation du système de santé

Le Service national de santé anglais (*National Health Service*) conçu par Lord Beveridge en 1942 a été mis en place en 1948. Il remplit à la fois les fonctions d'assurance maladie et de prestataires de soins. Il est en outre caractérisé par un financement quasi exclusif par l'impôt.

L'objet des paragraphes suivants est de présenter les réformes proposées dans le cadre du « nouveau NHS ». Comme nous l'avons dit plus haut, l'accent mis sur les soins primaires est tout à fait proche des préoccupations concernant les soins de proximité en France. Mais l'objet n'est pas de procéder ici à une évaluation ou un bilan des réussites ou insuffisances du système britannique. Les limites actuelles sont d'ailleurs bien connues, notamment en ce qui concerne le domaine hospitalier et les listes d'attente.

2.2.1 Le « nouveau NHS » : *Primary and community care*

A la suite d'un livre blanc, « le nouveau NHS, moderne et fiable », le gouvernement britannique a entrepris de réformer le NHS autour des principes suivants :

- accès égal partout pour un traitement de haute qualité ;
- des services plus rapides et plus adaptés.

Le gouvernement s'est engagé à moderniser le NHS, de façon à ce « qu'il fournisse des services accessibles et adaptés pour les patients, garantisse uniformément de hauts standards, fasse l'intégration des services autour des besoins des patients, et s'attaque aux causes de mauvaise santé et d'inégalités d'accès aux services ».

Le médecin de famille ou l'infirmière (*family doctor* ou *community nurse*) étant souvent le premier moyen pour les patients d'obtenir un conseil ou un traitement, le Gouvernement propose de structurer les soins autour de la notion de soins de premier recours *primary care*, (voir en annexe les *principles of good primary care*). Ces principes peuvent paraître assez généraux, mais correspondent assez bien à ce que serait une « charte » des soins de proximité avec des exigences de qualité, de justice, d'accessibilité, de réceptivité et d'efficience.

2.2.2 Les soins de premier recours

En Grande-Bretagne, chaque personne a la possibilité de s'inscrire librement chez le généraliste (*general practitioner*, GP) de son choix. Celui-ci délivre les soins de premier recours et contrôle l'accès aux autres types de soins (sauf les urgences). Le généraliste est le pivot du système de soins.

Le GP est un praticien indépendant s'engageant auprès du NHS pour fournir un service à un ensemble défini de personnes inscrites sur sa liste. Il est rémunéré essentiellement en fonction de ce nombre de personnes. Les GP travaillent en général en groupe, la moitié d'entre eux est regroupée en cabinet de 4 à 6 médecins.

Il y avait, en 1997, 35 886 GP soit 0,6 médecin pour 1 000 habitants (contre 1,5 en France). Leur répartition géographique est contrôlée par le *Medical Practices Committee*. Celui-ci gère leur installation en définissant des zones sous-dotées, intermédiaires et sur-dotées, et interdit l'installation dans les zones déjà trop pourvues. La moitié de la population vit dans des régions considérées comme sous-dotées c'est-à-dire dans lesquelles la taille de la liste dépasse 2 500 personnes. Néanmoins, les disparités ont diminué au cours du temps car l'amplitude de patients par GP était de 1 351 à 3 513 en 1948 et de 1706 à 2 973 en 1989².

Depuis la réforme de 1991, le GP peut devenir un médecin généraliste acheteur de soins pour le compte de ses patients (*GP fundholder*). L'achat ne concerne que les soins secondaires (à l'hôpital), communautaires (en centres de soins infirmiers et mentaux de ville) ou les médicaments. Fin 1997, 60 % des GP étaient des *fundholders* en Angleterre.

Une nouvelle réforme, en 1997, crée une nouvelle organisation pour les généralistes, les *primary care groups* (PCG). Il s'agit de confier aux médecins et aux infirmières la conduite quotidienne de la politique de soins au niveau local³. Les *primary care groups* sont la traduction institutionnelle de la notion de *primary care*. Ces groupes sont constitués de professionnels locaux du secteur de la santé et des services sociaux à qui sont dévolus, avec les patients et les représentants de l'autorité sanitaire (*Health Authority*) la responsabilité de « couvrir » les besoins locaux de soins de santé.

L'affiliation du patient au PCG se fait toujours sur une base volontaire, il s'affilie auprès du PCG duquel dépend son GP. Par contre, les GP sont affectés administrativement aux PCG. Cette nouvelle organisation est en fait l'extension du *fundholding* à tous les soins secondaires (y compris les urgences) et communautaires et devient obligatoire. Elle permet de gérer conjointement la partie hospitalière et ambulatoire des soins.

Au 1^{er} avril 1999, il y avait environ 480 PCG couvrant chacun une population moyenne de 100 000 habitants, les bassins de population variant de 46 000 à 257 000 personnes.

L'objectif fixé pour les PCG est d'améliorer la santé et de s'attaquer à la question des inégalités de santé dans leur communauté. Ils doivent pour cela :

- développer les soins primaires et les services communautaires à l'intérieur du *primary care group* ;
- conseiller ou adresser directement les patients dans certains services hospitaliers qui correspondent au mieux aux besoins de ces patients.

Un *primary care group* peut choisir entre quatre niveaux de responsabilité croissante. Au 1^{er} avril 2000, deux possibilités étaient offertes :

- niveau 1 : au minimum, le PCG doit agir comme soutien de l'autorité sanitaire en commandant les soins pour la population (*commissioning*) et en ayant un rôle de conseil ;
- niveau 2 : le PCG prend en charge la responsabilité de la gestion du budget des soins pour son territoire ;
- à terme, les niveaux 3 et 4 représenteront des niveaux d'autonomie plus importants.

² Rivett G., *From cradle to grave fifty years of the NHS*, King's Fund Publishing, 1997.

³ Livre blanc *'The new NHS : modern and dependable'*, 1997.

2.2.3 Les soins hospitaliers

En 1948, le système hospitalier était structuré en trois types d'établissements :

- Les hôpitaux municipaux : ils accueillent obligatoirement tous les patients de leur ressort géographique. La plus grande partie de leur activité est consacrée aux personnes âgées et aux malades chroniques.
- Les *teaching hospitals*, établissements publics renommés et peu nombreux.
- Les *voluntary hospitals*, établissements privés prestigieux, fournissant des soins de qualité à un nombre limité de patients.

La grande réforme du secteur hospitalier date des années 60. Powell décide de construire un réseau de *district general hospitals* de 600-800 lits devant desservir une population de 100 000 à 150 000 habitants, chaque établissement disposant d'un éventail important de services (médecine générale, chirurgie, pédiatrie, ophtalmologie, obstétrique, urgences, long séjour). Le but de ce plan était d'uniformiser le tissu hospitalier en créant une offre homogène sur tout le territoire.

En 1969, le rapport Bonham-Carter recommanda d'augmenter la taille des établissements en proposant que les établissements desservent 200 000 à 300 000 personnes si bien qu'un certain nombre de structures dépassèrent la capacité de 1 000 lits. Mais le nombre de ces établissements est resté relativement limité (Tableau 4).

Tableau 4
Distribution des hôpitaux de soins aigus selon la taille

Lits	Nombre d'établissements		Nombre de lits court séjour	
	effectif	Pourcentage	effectif	Pourcentage
]0-100]	90	22	5 002	4
]100-200]	59	14	8 491	6
]200-300]	51	12	12 516	9
]300-400]	55	13	19 260	14
]400-500]	48	12	21 147	15
]500-600]	39	10	21 224	15
600 et plus	67	16	53 320	38
Total	409	100	140 960	100

Source : IHSM Health and Social Services Yearbook 1996/97

En 1990, une nouvelle réforme, le *Community Care Act* a bouleversé la gestion du système en transformant les établissements hospitaliers en fondations autonomes (*trusts*), structures publiques de soins contrôlées par le NHS mais autonomes pour gérer leurs ressources. 96 % des hôpitaux publics ont aujourd'hui ce statut. Les établissements restés à l'écart sont en général de petite taille. En 1999, il y avait 497 *trusts* au Royaume-Uni.

C'est dans ce contexte que le gouvernement travailliste tente de promouvoir un virage ambulatoire en dirigeant vers l'hôpital uniquement les patients atteints de maladies aiguës ou complexes, l'hôpital devenant un lieu très spécialisé et d'expertise. De plus en plus de soins devraient être traités dans des structures alternatives comme les centres médicaux ou bien au domicile du patient. Les personnes âgées et les malades mentaux ne relèveraient plus principalement de l'hôpital mais devraient être de plus en plus orientés vers le secteur des soins communautaires. Ces mesures sont en continuité avec la réduction du nombre de lits et de la durée de séjour. Entre 1980 et 1998, le nombre de lits est passé de 355 000 à 190 000. L'évolution a été encore plus marquée en terme de lits par tête). Cette réduction a concerné tous les secteurs d'activité (tableau 5). La durée moyenne de

séjour a aussi considérablement diminuée, passant de 15 jours en 1985 à 8 jours en 1994. Parallèlement, l'hospitalisation de jour se développe à un rythme important. Entre 1988/89 et 1992/93, le nombre de venues en hospitalisation de jour a été multiplié par 1,74. Plus de 60 % des opérations programmées sont réalisées en hospitalisation de jour.

Tableau 5
Evolution du nombre de lits par secteur entre 1980 et 1998 (milliers de lits)

Années	Soins aigus	Gériatrie	Maternité	Maladies mentales	Dépendance	Total
1990	146	55	18	87	49	355
1990	117	46	14	55	23	255
1998	108	29	10	36	8	190

Source : *Department of Health*

2.3 Les indicateurs d'évaluation

Le NHS a introduit un certain nombre de paramètres d'évaluation rassemblés dans un document « *The NHS Performance Assessment Framework* ». Les indicateurs concernent six domaines.

1. L'amélioration de la santé

Décès toutes causes (taux standardisé 15- 64 ans)(65-74 ans), registres des cancers, taux de mortalité standardisé par suicides, taux de mortalité standardisé par accidents.

2. L'accès équitable

Accès à la chirurgie programmée, longueur des listes d'attente par personne pour les hôpitaux, adultes et enfants enregistrés chez un dentiste, dépistage précoce des cancers.

3. La distribution efficace de soins appropriés

Cette rubrique concerne la promotion de la santé et le dépistage précoce, les taux d'intervention chirurgicale pour des soins aigus ou des soins chroniques (dans le cadre du *primary care management*, voir plus bas).

4. L'efficience

Le nombre de journées et la durée moyenne de séjour (ajustée par *case mix*), une unité de coût qui est une mesure agrégée du coût du traitement par patient.

5. La pratique des patients et des soignants

Sous cette rubrique sont comptabilisés divers indicateurs d'attentes aux urgences, d'opérations différées, de listes d'attentes.

6. Les résultats des soins médicaux du NHS

Divers indicateurs sont proposés dont les taux de mortalité évitable, les durées de survie pour le cancer du sein, les effets adverses des traitements, la mortalité infantile.

Cette liste d'indicateurs fait l'objet de publications du *NHS executive* qui précisent les sources, le but recherché, et l'interprétation. Le *NHS executive* a déjà publié en 1999 les données rassemblées pour les *Health authorities* (100 régions sanitaires). Le futur dira si cette liste remplit son rôle de tableau de bord qui vise la « *qualité et la performance du NHS* ».

4 Lequet D., Volovitch P., *Hôpital britannique : la concurrence tourne en rond, L'hôpital en évolution, Solidarité Santé, n°3, 1995.*

Nous n'allons pas examiner en détail tous les indicateurs proposés dont certains reflètent les préoccupations spécifiques au Royaume-Uni comme ceux relatifs aux listes d'attente. Au titre des « soins de proximité » deux catégories d'indicateurs peuvent retenir notre attention, d'abord les indicateurs qui concernent « l'accès équitable » puisque c'est la base même du dilemme concentration/dispersion, ensuite les indicateurs de gestion des soins primaires « *primary care management* » classés dans le domaine de « la distribution efficace de soins appropriés ».

Accès équitable

Parmi les indicateurs retenus, certains concernent l'accès à la chirurgie programmée, l'accès aux services de planning familial (taux de conception pour les jeunes filles âgées de 13 à 15 ans), l'accès aux dentistes, l'accès à la promotion de la santé avec le dépistage précoce des cancers (pourcentage de la population dépistée pour le cancer du sein et le cancer du col de l'utérus), accès aux services communautaires.

Pour la chirurgie programmée (*elective surgery*), l'indicateur est un composite de taux d'utilisation standardisé par âge et sexe pour le pontage coronarien, la prothèse de hanche, la prothèse du genou, et la cataracte (taux calculé pour la population du *Health Authority*). Dans ses commentaires, le NHS signale que « ces interventions sont efficaces quand elles sont faites de façon appropriée et que des taux faibles ou variables peuvent suggérer de faibles performances ou des besoins non satisfaits » (*NHS Executive*, 1999). Ces mêmes indicateurs sont aussi utilisés dans le chapitre « distribution efficace de soins appropriés ». L'utilisation concrète de ces taux permettra ici aussi de juger de la validité de ces indicateurs, qui peuvent sembler très normatifs.

La gestion des soins primaires

Deux indicateurs concernent d'une part les soins aigus et d'autre part les soins chroniques :

- pour les soins aigus, ces indicateurs sont les taux d'hospitalisation pour infection urinaire, et crise cardiaque, Selon le NHS, ces indicateurs « fournissent une mesure des hospitalisations potentiellement évitables, qui pourraient au moins en partie être pris en charge par les soins primaires » (*NHS Executive*, 1999),
- pour les soins chroniques, il est proposé un indicateur composite comprenant les taux d'admission standardisés par sexe et âge pour l'asthme, le diabète, l'épilepsie. Ici aussi, le NHS indique que « de forts taux d'hospitalisations pour ces causes peuvent signaler de mauvaises gestions de ces maladies par les soins primaires » (source idem).

Dans le but de répondre au problème de l'accessibilité, ces taux d'hospitalisations « *marqueurs de soins primaires* » ou « *hospitalisations évitables* » ont également été proposés aux États-Unis (*rates of avoidable hospitalization for acute conditions*, Millman, 1993). Dans le même ordre d'idée, les hospitalisations marqueurs de soins ambulatoires (*Ambulatory care sensitive conditions admissions*) ont été définies pour identifier des événements qui rendent compte de mauvaises performances ou de déficiences du système de soins (Ricketts et alii, 1995).

Ces taux d'hospitalisations « évitables » peuvent être des marqueurs de problèmes dans l'accès aux soins primaires. Cependant, il faut sans doute préférer à cette formulation celle d'hospitalisation « *potentiellement évitable* » car en l'occurrence c'est le système de soins primaires qui est évalué, et non l'hôpital, et l'hospitalisation n'est plus « évitable » au moment où elle se produit. Le danger est que cette formulation pourrait conduire à réduire des hospitalisations justifiées.

Il a été montré que des taux d'hospitalisation élevés pour certains de ces diagnostics (l'asthme, l'hypertension, la crise d'Angor ou d'angine de poitrine, le diabète et les maladies pulmonaires obstructives) provenaient de population ayant un mauvais accès aux soins primaires (Bidman et alii, 1995).

Au-delà de la terminologie qui pourrait conduire à une utilisation bureaucratique de l'indicateur, des travaux ont cherché à cerner les facteurs de confusion et les problèmes méthodologiques (Fleming, 1995), (Giuffrida, Gravelle, Roland, 2000). Le fait qu'il y ait une relation forte entre l'accès aux soins primaires et le taux d'hospitalisations *potentiellement évitables* confirme que ce taux doit être compris comme un indicateur, mais il n'a pas été démontré que l'amélioration de l'accès aux soins primaires dans les zones éloignées des soins modifierait le taux d'hospitalisation (Bindman, 1995), (Ricketts, 1995).

Dans une étude détaillée consacrée aux indicateurs de performance des soins primaires pour le NHS, Giuffrida, Gravelle et Roland ont également souligné que les indicateurs d'hospitalisations marqueurs de soins ambulatoires (*ambulatory care sensitive conditions*) devaient être examinés soigneusement en raison de facteurs de confusion. En particulier, ils suggèrent de ne pas utiliser d'indicateur composite agrégé (alors que ceci est proposé par le NHS avec un taux composite de l'asthme, du diabète et de l'épilepsie). Ils soulignent que de forts taux d'hospitalisation peuvent être le reflet de mauvaises conditions socio-économiques (et non d'un système primaire défaillant). Par ailleurs, les variations observées peuvent également provenir de variations dues à l'incidence de la maladie, ou de facteurs relatifs à l'offre (variations de pratiques médicales ou politiques différentes d'hospitalisation). Ils font aussi remarquer qu'il peut exister un effet retard, par exemple pour une hospitalisation pour diabète, qui peut refléter des conditions passées de prise en charge, et non des conditions récentes.

Ils remarquent, à juste titre aussi, que la plupart des études sur ce thème ont été réalisées aux États-Unis, et que la transposition mécanique d'un pays à l'autre n'est pas évidente.

Schématiquement, il y a deux opinions sur ces marqueurs. Certains pensent que ces taux d'hospitalisation « évitables » sont marqueurs d'un mauvais accès aux soins primaires, même s'il est recommandé de développer des conditions spécifiques de mesures avant de conclure (Bidman, 1995). Mais il existe aussi un courant très critique vis-à-vis des indicateurs de performance du nouveau NHS. « *L'utilisation d'un taux d'intervention pour une opération comme mesure de soins appropriés ou inappropriés est trop simpliste, le taux « correct » n'est pas connu* » écrivent McKee et Sheldon dans un éditorial du BMJ (*Mesuring performance of the NHS*, 1998). Ils poursuivent en disant que « *l'utilisation de ce type d'indicateurs, de la production en URSS aux taux de mortalité dans les hôpitaux américains, a entraîné un changement de comportement dans une direction non souhaitée* » (source idem). Il faut donc encore recommander la prudence lors de l'utilisation de telles données, d'une part au plan méthodologique mais surtout lors de l'interprétation qui peut en être faite pour la gestion, ou sur le plan clinique.

La mesure des difficultés d'accès

Dans le même ordre d'idée, des questions sont posées en Grande-Bretagne sur la facilité d'accès au généraliste (mais ces questions n'appartiennent pas aux indicateurs d'évaluation du « nouveau NHS »). Si 66 % des adultes répondent que l'accès est très facile et 27 % que l'accès est assez facile, 6 % estiment que l'accès est difficile (avec 2 fois plus de femmes et de personnes âgées que dans les autres groupes). Les raisons invoquées sont la distance et les transports. Ceci montre que la mesure moyenne de l'accessibilité masque des situations contrastées, et c'est sans doute la raison pour laquelle les effets de l'accessibilité apparaissent assez faibles ; ils ne concernent qu'une faible partie de la population (population à mobilité réduite, sans autonomie de transport) mais pour cette partie de la population les effets sont très forts.

2.4 Conclusions

Notre objet n'était pas ici d'évaluer le projet du « nouveau NHS » dans son ensemble. Il faudra pour cela disposer d'un recul nécessaire. Notre question était restreinte à la façon dont les soins de proximité sont envisagés. Certaines suggestions paraissent très intéressantes, mais la mise en œuvre pratique témoignera de la faisabilité, des succès et des limites.

L'expression « soins de proximité » n'apparaît pas littéralement dans les préoccupations du « nouveau NHS ». Cependant, les préoccupations concernant l'accessibilité figurent parmi les principes énoncés pour les « soins de première ligne de qualité » et sont tout à fait similaires à ce que pourrait être en France une « charte » des soins de proximité (qualité, justice, accessibilité, réceptivité, efficience). Ces principes sont pris en compte par les *primary care groups*, chargés de les appliquer sur le terrain en prenant en charge la responsabilité des soins locaux de santé. La réforme du « nouveau NHS » s'organise donc autour de cette notion et l'articulation des différents niveaux des *primary care groups* montre la volonté de créer de nouvelles structures autour desquelles se regrouperont les différents acteurs. Il s'agirait donc bien d'un tournant dans la réforme des soins primaires.

Cette volonté politique s'accompagne de la mise en place d'indicateurs de performance empiriques. Ces indicateurs ont été critiqués du point de vue méthodologique. Par exemple, les questions d'opinions sur la satisfaction des patients peuvent conduire à une politique qui agirait plus sur l'opinion que sur les causes d'insatisfactions. Ces indicateurs montreront à l'usage leur intérêt comme leur limites.

Le principe de taux d'hospitalisation « marqueurs » de soins primaires de qualité pourrait être retenu, à condition d'examiner de façon neutre tous les facteurs de variabilité. C'est sans doute une des suggestions que l'on pourrait retenir pour la France.

Principes de soins primaires de qualité	
<i>Source : site Internet du NHS Executive</i>	
Qualité	
*	Les professionnels doivent être bien informés sur les conditions présentes dans les <i>primary care</i> et outillés pour assurer leur traitement et la prévention.
*	Les professionnels doivent être bien informés sur la population à laquelle ils fournissent des services
*	Les services doivent être coordonnés avec la contribution de tous les professionnels.
*	Les locaux et les installations doivent correspondre à de bons standards et être adaptés à leurs buts, les équipements doivent être à jour, entretenus et sans danger.
Equité (fairness)	
*	Les services ne doivent pas varier de manière importante en quantité ou qualité selon les différentes parties du pays.
*	Les soins de première ligne doivent recevoir une partie appropriée des ressources totales du NHS.
Accessibilité	
*	Les services doivent être raisonnablement accessibles quand il y a un besoin clinique.
*	Les services nécessaires doivent être accessibles quels que soient l'âge, le sexe, l'appartenance ethnique, le handicap ou l'état de santé.
Réceptivité	
*	les services doivent refléter les besoins et les préférences des personnes qui les utilisent.
*	Les services doivent refléter les besoins de santé (démographique et social) du territoire desservi.
Efficience	
*	Les soins de première ligne doivent être basés sur des preuves d'efficacité clinique.
*	Les soins de première ligne doivent être utilisés avec efficience.

***3. L'offre de soins de proximité:
l'exemple québécois***

3. L'offre de soins de proximité : l'exemple québécois

3.1 Le Québec

Le Québec est la plus vaste province du Canada (trois fois la France) pour seulement 7,4 millions d'habitants. Membre du Commonwealth et à ce titre fortement inspiré du système politique anglais, le Canada, autonome depuis 1867, répartit le pouvoir entre un gouvernement fédéral et des gouvernements provinciaux. Les provinces sont en charge des lois civiles, des ressources naturelles, de l'éducation et de la santé. Le domaine de la santé, en particulier, fait l'objet d'un enjeu de pouvoir important entre les gouvernements fédéral et québécois. Si sur le plan strictement juridique, le rôle du gouvernement fédéral reste assez limité, il est en pratique relativement important de par le pouvoir que lui confère la loi sur la santé canadienne et sa contribution à hauteur d'un tiers au financement du système de santé québécois.

Les indicateurs classiques de santé positionnent favorablement le Québec parmi les autres pays de l'OCDE, malgré des résultats un peu moins bons que dans d'autres provinces canadiennes.

Tableau 6
Quelques chiffres repères sur le Québec en 1997

1997	Québec	France
Population		
Population totale (milliers)	7 363	58 608
Population au km ²	5	108
Population de moins de 15 ans (%)	18	19
Population de plus de 65 ans (%)	13	15,5
Population de plus de 80 ans (%)	3	3,7
Natalité, mortalité		
Taux brut de mortalité/1000 habitants	7,4	9
Taux de mortalité infantile pour 1 000 naissances vivantes	4,6	4,8
Espérance de vie à la naissance - Hommes	74,6	74,6
Espérance de vie à la naissance - Femmes	81	82,3
Economie		
PIB/tête, \$ PPA (parité de pouvoir d'achat)	22 281	22 091
Dépenses administrations publiques/PIB (%)	51	51,6
Santé		
Dépense de santé/PIB (%)	9,1	9,8
Densité de médecins en activité / 1000 habitants	2,7	3
Densité de lits soins aigus / 1000 habitants	3,3	4,3

3.2 Le système de santé québécois

3.2.1 Avènement du système actuel

L'arrivée au pouvoir au début des années 60 du parti libéral a permis la mise en place de la loi des hôpitaux qui est le fondement de l'hôpital public. En 1967, le parti conservateur met en place un système destiné à améliorer l'état de santé de la population. Le système demeure public et intègre les pôles sociaux et sanitaires au sein d'un ministère unique, le ministère des Affaires sociales. La gestion de la santé se décentralise au niveau des 18 régions québécoises. Les soins sont organisés d'une façon hiérarchique. Les professionnels s'investissent activement dans l'évaluation des besoins et dans la gestion du système. Des programmes de santé sont réalisés. Des réseaux de soins sont prévus, ainsi qu'un programme de recherche de santé publique. En 1970, a lieu l'adoption de la loi sur l'assurance maladie, puis en 1971 de la loi sur les services de santé et les services sociaux. Cette loi de 1971 est le pilier du nouveau système de santé. Elle divise le territoire en régions administratives, organise l'offre de soins en structures de courte et de longue durée, et crée comme soins de première ligne les Centres locaux de soins communautaires (CLSC). Au cours des années 80, un certain nombre de dysfonctionnements sont apparus : discontinuité des soins, faible participation des usagers à la gestion du système, timidité de la régionalisation. Pour essayer de pallier ce déficit, le gouvernement engage en 1991 une réforme qui s'articule autour du patient. Elle a pour objectif d'achever la régionalisation, d'accroître l'autonomie régionale dans le domaine sanitaire et social, de développer les soins de première ligne et de réaliser le « virage ambulatoire ».

3.2.2 Les principes fondateurs

La loi canadienne sur la santé de 1985 pose les bases du système : le respect des principes fondamentaux en échange de ce que les canadiens appellent le transfert social (contribution financière).

La gestion publique : le financement de la santé venant des fonds généraux de la province et des fonds fédéraux, sa gestion doit se faire par des organismes publics. Le système d'assurance hospitalisation du Québec est en conséquence administré par le ministère de la Santé et des services sociaux et l'assurance maladie par la Régie d'assurance maladie du Québec, qui est au Québec un organisme public relevant exclusivement du ministère de la santé.

Les établissements de santé sont autonomes, leur financement se fait sous la forme d'une enveloppe globale négociée au cas par cas avec les régies régionales. En conséquence, l'administration « restructure » librement l'ensemble des établissements de la province. La plupart des médecins sont payés à l'acte par l'État selon des tarifs négociés avec l'assurance maladie et les médecins exerçant dans les CLSC sont salariés. Le volume de leur exercice est cependant limité par des plafonds salariaux et des tarifs différents selon l'étendue de leur pratique et leur région d'installation.

L'intégralité : tous les services médicaux nécessaires prescrits par les médecins sont pris en charge par l'assurance maladie. Les frais liés à une hospitalisation en chambre seule, certains actes de chirurgie esthétique, la fécondation *in vitro*, la chiropractie ou la psychanalyse ne sont pas remboursés.

L'universalité et la transférabilité : Les résidents d'une province ont les mêmes droits quelle que soit la province de traitement.

L'accessibilité : les soins doivent être dispensés en fonction de la demande du patient et non en fonction de la solvabilité des patients. Il n'existe donc pas de ticket modérateur au Québec.

3.3 Le système de santé actuel

Le système des services de santé et services sociaux regroupe près de 600 établissements privés et publics, 1 000 cliniques médicales privées (équivalents à des cabinets médicaux) et plus de 2 000 organismes communautaires. Ce système emploie près d'un actif sur 10. Il est géré par le ministère de la Santé et des services sociaux secondé au niveau des régions socio-sanitaires par les régies régionales et les conseils régionaux.

Le ministère de la santé détermine les grandes priorités, orientations et objectifs au niveau national et régional, veille à leur application et à leur évaluation. Il répartit également les ressources humaines, matérielles, et financières entre les régions, et veille à la bonne coordination interrégionale des programmes de santé publique.

Les régies régionales, dans chaque région de la province, mettent en place la planification, organisent et coordonnent les programmes, et les services en fonction des besoins de la population. De plus elles sont en charge de la gestion de l'allocation de ressources. Cependant en l'absence de réel pouvoir de taxation, il s'agit plus de décentralisation que de régionalisation. Le pouvoir sanitaire et social au Québec reste relativement centralisé. Un fort débat sur la « gouvernance » existe en ce moment entre le gouvernement central et les régions.

Les établissements de soins sont l'assise du système de santé. Les conseils d'administration élus leur confèrent une large autonomie vis-à-vis des régies régionales. Ils peuvent remplir plusieurs missions différentes selon leur type. Il existait, au 31 mars 1999, 503 établissements de soins répartis en cinq catégories :

- Les Centres locaux de services communautaires (CLSC) : leur mission est double. Ils doivent offrir en première ligne, à proximité de la population, des services sociaux et de santé. Ces services peuvent être de nature préventive, curative, ou des services de soins et de réadaptation ou de réinsertion. Ces services peuvent être dispensés dans un établissement spécifique dans les écoles, sur les lieux de travail, ou encore à domicile. On dénombrait 147 CLSC au 31 mars 1999.
- Les Centres hospitaliers (CH) fournissent à la population des services diagnostiques, des soins médicaux généraux et spécialisés, des soins infirmiers, des services psychosociaux spécialisés, des services préventifs et de réadaptation. Il en existe 126.
- Les Centres de réadaptation (CR) ont pour mission d'offrir des services d'adaptation, de réadaptation et d'intégration sociale, des services d'accompagnement ainsi que de soutien de l'entourage. Il en existait 91 au 31 mars 1999.
- Les Centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) offrent aux adultes en perte d'autonomie fonctionnelle ou psychosociale un lieu de vie, et mobilisent des moyens psychosociaux, infirmiers, pharmaceutiques et médicaux afin d'offrir à la population concernée des services d'hébergement, d'assistance, de soutien, de surveillance et de réadaptation.
- Les Centres de protection de l'enfance et de la jeunesse (CPEJ) ont pour rôle d'offrir aux jeunes et à leur famille une aide psychosociale y compris un service d'urgence sociale. Ils gèrent également les placements sociaux, la médiation familiale, des services d'expertise sur la garde d'enfants à la cour supérieure, les procédures d'adoption, et les services de recherche des antécédents biologiques.

Les médecins sont entièrement rémunérés par l'État mais conservent cependant une très grande indépendance. Contrairement aux autres acteurs du système de santé, ils sont, même dans les établissements du secteur public, considérés comme des travailleurs indépendants et à ce titre payés à l'acte. Seuls les médecins exerçant dans les CLSC, certains hôpitaux pour maladies chroniques et certains centres d'accueil échappent à la règle. Par contre, il existe de nombreuses incitations visant à favoriser l'installation des médecins dans les régions éloignées ou isolées : l'attribution de primes d'installation, la rémunération de journées de formation continue ou encore la majoration des tarifs de 15 % pour les omnipraticiens et de 20 % pour les spécialistes pendant les trois premières années d'exercice ou bien l'exonération des plafonds d'activité. *A contrario*, les médecins s'installant dans des régions bien pourvues ne sont rémunérés qu'à hauteur de 70 % du tarif normal. Des modes de paiement forfaitaires sont également apparus.

Tableau 7
Nombre d'habitants par type de médecin et par région
Québec 1999

Région sanitaire	Population	Médecins généralistes	Médecins spécialistes
Bas-Saint-Laurent	207 000	990	1 211
Saguenay-Lac-Saint-Jean	288 000	1 125	1 405
Québec	646 000	887	695
Mauricie et Centre-du-Québec	486 000	1 243	1 625
Estrie	290 000	879	932
Montréal-Centre	1 802 000	965	539
Outaouais	319 000	1 070	1 688
Abitis-Témiscamingue	156 000	957	1 173
Côte-Nord	104 000	1 300	2 122
Nord-du-Québec	17 000	198	567
Gaspésie-Iles-du-Québec	104 000	650	1 300
Chaudière-Appalaches	390 000	1 105	1 840
Laval	345 000	1 297	2 130
Lanaudière	397 000	1 355	2 248
Laurentides	463 000	1 212	2 248
Montérégie	1 310 000	1 241	1 926
Nunavik	9 000	391	1 500
Terres-Cries-de-la-Baie-James	13 000	406	13 000
Total	7 352 000	1 054	1 026

Source : SAS, MSSS, septembre 1999

Actuellement, bien que très réglementé, le mode de rémunération est encore source d'importantes inégalités. La différence de niveau de rémunération entre les médecins salariés et les médecins libéraux varient de 1 à 2,2. Cet écart est la raison de la résistance des médecins libéraux à l'instauration d'un quelconque autre mode de rémunération (salarial, contractualisation, rémunération mixte). En découlent naturellement de nombreux enjeux concernant la régulation et l'organisation de l'exercice professionnel telle que la répartition de l'offre médicale sur le territoire qui est loin d'être optimale (cf. tableau 7). Les spécialistes se concentrent dans les villes maintenant certaines régions éloignées en situation de pénurie. Ce qui n'est pas le cas pour les médecins généralistes.

Une partie importante des médecins ont une activité ambulatoire qu'ils exercent soit en cabinet individuel, soit en cabinet de groupe appelés cliniques ou polycliniques. Ouvertement opposées aux

CLSC qui sont devenus le symbole de la fin de l'indépendance des médecins et de leur activité privée, les cliniques et polycliniques ont constitué un réseau d'offre de soins de première ligne pratiquement superposable à celui des CLSC, surtout en milieu urbain. Cette organisation mine l'esprit de la réforme entreprise qui souhaitait une plus grande intégration des services autour du malade. La complémentarité des soins ne se fait ni entre les cliniques et les CLSC, ni avec les hôpitaux. Dans son plan d'action sur les urgences (1999), le groupe de travail sur les urgences créé par le ministère estime qu'une « bonne partie de la clientèle se présente dans les urgences parce qu'elle n'a pas accès aux services ailleurs » (dans les CLSC et les cliniques privées) notamment au moment des vacances de Noël, la nuit ou encore au mois d'août. On parle de la crise des urgences alors qu'il s'agit bien de la crise du secteur médical extra hospitalier voire de la crise de l'organisation du système dans son ensemble.

Tableau 8
Nombre de médecins en fonction de leur mode de rémunération et par région,
Québec 1998

Région sanitaire	Rémunération à l'acte (nb)	Salariés (nb)	Rémunération forfaitaire (nb)
Bas-Saint-Laurent	348	39	189
Saguenay-Lac-Saint-Jean	447	28	176
Québec	1 526	124	623
Mauricie et Centre-du-Québec	649	51	272
Estrie	594	60	216
Montréal-Centre	4 936	346	1 474
Outaouais	464	46	197
Abitis-Témiscamingue	257	30	157
Côte-Nord	154	17	125
Nord-du-Québec	nd	nd	nh
Gaspésie-Iles-du-Québec	184	35	149
Chaudière-Appalaches	507	69	245
Laval	407	26	139
Lanaudière	424	37	126
Laurentides	540	31	200
Montérégie	1 643	171	590
Nunavik	nd	nd	nd
Terres-Cries-de-la-Baie-James	39	17	71
Total	13 119	1 127	4 949

Source : Régie d'assurance maladie du Québec.

Les plateaux techniques

En 1970, l'intégralité des plateaux techniques appartenait à l'assurance maladie et étaient situés au sein des hôpitaux. Actuellement, on perçoit un glissement vers le secteur privé. La biologie et l'imagerie médicale se développent dans le secteur privé et les grosses cliniques commencent à s'équiper, choses que ne font toujours pas les CLSC. Ceci renforce les patients dans leur recours au service des urgences de l'hôpital où *in fine* ils devront aller pour passer des examens et recevoir un traitement.

3.3.1.1 Le système de santé québécois actuel reflète dans ses structures et son fonctionnement les valeurs de la société québécoise : la solidarité et la liberté.

Les valeurs de la société québécoise sont la solidarité pour le mode de financement public, l'accessibilité de toute la population aux soins sans aucune condition de ressources ou d'appartenance ethnique (bien que la langue soit un critère fort de choix de l'établissement), la liberté, pour ce qui est de l'autonomie des médecins dans le système et de l'existence d'une médecine ambulatoire privée. Le praticien peut choisir son mode de rémunération et n'a aucune contrainte en terme de thérapeutique. Le patient choisit librement son médecin et son établissement. Les établissements ont une large autonomie de gestion. « Les CLSC reflètent eux aussi les valeurs issues des mouvements populaires des années 60 : la santé globale, l'intégration du sanitaire et du social, le décloisonnement des pratiques professionnelles » (Desrosiers, 1999).

Les restrictions budgétaires existantes au Québec depuis quelques années dans le cadre de la poursuite de l'objectif zéro (ramener le déficit de l'État canadien à zéro), font ressortir le caractère potentiellement antagoniste de ces deux valeurs. On assiste actuellement à une forte pression contre les valeurs de solidarité et à la manifestation d'une volonté importante de faire de plus en plus place à la privatisation (Desrosiers, 1999).

3.4 L'offre de soins de proximité

Le débat sur la « proximité » ne semble pas se poser dans les mêmes termes qu'en France. L'accessibilité, même si elle est l'un des cinq principes fondamentaux de la loi sur la santé canadienne, est principalement entendue au sens économique et juridique du terme (ouverture des droits). Même pour les usagers, l'accessibilité géographique n'est pas le critère principal de choix de l'établissement. Les facteurs essentiels sont l'encombrement, la qualité (réputation), la langue et l'ethnie, sauf dans les régions très isolées dans lesquelles la distance joue un rôle plus important.

Les soins de proximité sont en fait assimilés aux soins de première ligne qui eux font l'objet d'un débat important :

Le succès mitigé des CLSC : Les CLSC sont des établissements publics répartis sur l'ensemble du territoire. La prise en charge multiprofessionnelle intègre les versants sanitaire et social, curatif et préventif sur un mode de fonctionnement communautaire.

Ils ont été mis en place en 1971 pour constituer la porte d'entrée du système de soins ; mais de multiples facteurs ont contribué à réduire leur fonction de porte d'entrée : le poids de l'encadrement bureaucratique, le manque d'investissements matériels appropriés, le rejet de l'ensemble de la profession médicale et l'absence d'une politique audacieuse de recrutement de médecins. Cependant, les CLSC ont un rôle majeur relatif au virage ambulatoire. Ils sont en grande partie responsables des soins post-hospitaliers et les principaux dispensateurs de soins et d'aide à domicile. Les budgets associés à ces fonctions sont en croissance constante depuis quelques années et le seront pour les années à venir.

Une médecine ambulatoire autonome : Le réseau privé de soins (cabinets individuels et cliniques) jouit d'une totale liberté d'installation. Leur fonctionnement très autonome ne tient compte ni de l'hôpital, ni des CLSC. Ils ne sont contraints à aucune permanence des soins, ni à la participation à un quelconque réseau de soins. La plupart des structures ferment le week-end, la nuit et durant les périodes de vacances. Au Québec, les médecins ne sont pas tenus de faire de gardes et font peu de visites à domicile.

Le Québec dispose en fait d'un double réseau de services de base (CLSC et cliniques médicales) avec une gamme de services différents dont l'accessibilité est variable d'un territoire à l'autre (Ministère de la Santé et des services sociaux, 2000).

Bien que le système de santé soit engagé depuis de nombreuses années (1970) dans le virage ambulatoire, les soins à domicile souffrent eux aussi des restrictions et ont été contraints de réduire considérablement leur activité. « Le Québec est la province qui reçoit la plus petite enveloppe des provinces canadiennes en ce qui concerne les soins à domicile ». (Dr Wagner, Président de l'association médicale du Québec)

Les urgences hospitalières comme soins de première ligne : Dans ces conditions, une ressource importante de santé accessible est le service d'urgence de l'hôpital. Actuellement, 60 % des entrées dans le système de soins se fait par les urgences (Association hospitalière du Québec, 2000). La conséquence est un engorgement quasi incessant des services d'urgences. L'accès aux soins même urgents est donc restreint, sans qu'il y ait d'alternative pour les patients.

Pour lutter contre cette crise des soins de première ligne et essayer de coordonner l'offre de soins, le gouvernement a créé en 1999, dans le cadre de la loi 404 les Départements régionaux de médecine générale (DMRG). Placés sous la responsabilité des régies régionales, ils sont chargés de créer un réseau coordonné de soins de première ligne intégrant les cabinets privés, les hôpitaux et les CLSC de manière à limiter l'utilisation des urgences. La volonté clairement affichée lors de cette opération est d'inclure le privé dans la planification. Cette initiative n'est toujours pas mise en application, la Fédération des Médecins Omnipraticiens du Québec (FMOQ) et le ministère ne parvenant pas à s'entendre sur les tarifs.

La planification : Le critère de planification québécois est financier. La part du PIB consacrée à la santé est passé en 5 ans de 10,1 % à 9,1 %. En effet, l'accroissement du rythme des restrictions budgétaires pour amener le déficit fédéral à « l'objectif zéro », a conduit à des réductions drastiques de personnel et de structures. Le départ massif à la retraite de ces personnels a malmené les efforts de planification et d'organisation de l'offre de soins en général et de soins de première ligne en particulier. Le problème est maintenant de trouver rapidement de la main d'œuvre de façon à faire face à un manque important de médecins et d'infirmières. Certaines catégories de personnel parties en retraite ont été appelées.

Le nombre de lits a lui aussi considérablement diminué, passant pour l'ensemble de la province de 23 000 en 1994 à 16 300 en 1998 soit une diminution de 30 % en 4 ans et le processus s'est poursuivi en 1999. Ces fermetures réalisées par les régies régionales ont surtout concerné de petits hôpitaux, les CHU ont tous été conservés. Dans la région de Québec, les petits hôpitaux ont été transformés en centre de long séjour tout en conservant un service d'urgence.

3.5 Les débats et problématiques actuels

Plus que la réorganisation géographique qui malgré l'implantation des CLSC n'a pas réellement abouti, le débat se situe au niveau financier et surtout structurel.

La première faille de ce système est son « anachronisme » structurel. Le système n'a pas su s'adapter à la transition épidémiologique caractérisée par la montée en puissance des pathologies chroniques : maladies cardio-vasculaires, insuffisance respiratoire, diabète, déficits cognitifs, cancers... Toutes ces pathologies ont une caractéristique commune : elles se traitent au long cours et dans la communauté. Toutefois, certains traitements et surveillances qui avaient lieu avant à l'hôpital se font maintenant en médecine ambulatoire ou au domicile. L'équilibre entre les soins hospitaliers et

extra-hospitaliers est donc en grande partie remanié au profit des soins extra-hospitaliers et les missions et prestations de l'hôpital sont profondément modifiées. Or, ce virage ambulatoire n'a pas été relayé par le développement de structures ambulatoires adaptées.

La seconde faille est financière. Les restructurations du réseau hospitalier, en grande partie dues aux restrictions budgétaires imposées par l'objectif du « déficit zéro », n'ont pas été accompagnées de mesures suffisantes permettant de renforcer l'offre de soins extra-hospitalière. Une pression croissante s'exerce sur l'ensemble du système de soins.

La dernière faille, non moins importante, réside dans l'absence de réseau de santé. « L'absence de continuité des soins et services est une des principales lacunes du système de santé. La coordination des ressources, particulièrement les hôpitaux de courte durée et leur urgence, les centres d'hébergement et de soins prolongés, les centres de réadaptation, les médecins en cabinet et les organismes communautaires est un défi de taille » (Groupe d'experts en organisation clinique, 1999).

La santé au Québec est un enjeu politique important. Toutes les décisions sont les fruits de longues négociations. Le relais médiatique est très fort et les enjeux dépassent souvent largement le domaine de la santé. Ils intègrent les grandes questions qui se posent au Québec : le souverainisme, les problèmes interethniques, la position par rapport aux États-Unis, notamment la résistance aux nombreuses compagnies d'assurance qui attendent la privatisation de la santé pour inonder le marché canadien. On voit d'ores et déjà apparaître des centres de radiologie et de biologie entièrement privés, financés par de grandes multinationales.

La Fédération des médecins omnipraticiens du Québec a très récemment fait une proposition au ministère afin d'organiser une première ligne. Le projet, très inspiré du modèle des *primary care groups* anglais consiste à créer des cliniques regroupant 6 ou 7 médecins salariés de l'État ainsi que des infirmières elles aussi salariées. Ce projet « surprenant » de la part de cette fédération vient se poser en concurrence directe des CLSC. Il n'est pas fait état dans le projet du devenir de ces structures, pas plus que du niveau de salariat des médecins.

3.6 Conclusions

Le système de santé québécois est un système intégré regroupant des services de santé physique et mentale, des services sociaux et des services communautaires. Le chevauchement entre la santé et le bien-être social est une spécificité historique de la politique québécoise. La création des centres locaux de services communautaires (CLSC) dans les années 70 en est un exemple. Ils ont été conçus pour servir de « porte d'entrée » principale au réseau de la santé et des services sociaux et offrent à la fois des services de nature préventive et curative, de réadaptation ou de réinsertion.

Une autre grande caractéristique du système est le virage ambulatoire que le Québec a amorcé dès le début des années 90. Cet axe majeur de transformation a cependant révélé le manque de coordination entre les segments de l'offre de soins et le sous développement des services de base (Ministère de la santé et des services sociaux, 2000). Le développement parallèle des cabinets de médecins et des CLSC ne garantit pas aux patients une gamme de services complémentaires mais plutôt des services différents dont l'accessibilité est variable d'un territoire à l'autre. Dans ce contexte, la pression s'exerce sur le secteur hospitalier notamment sur le service des urgences.

Vis-à-vis de la proximité des soins, ces deux faiblesses, manque de coordination et sous développement des services de base, sont des indicateurs de résistance organisationnel importants. Ce sont surtout les personnes âgées et les malades chroniques qui souffrent de ce dysfonctionnement.

4. L'offre de soins de proximité : le modèle catalan

4. L'offre de soins de proximité : le modèle catalan

4.1 La Catalogne

La Catalogne est un pays méditerranéen caractérisé par un haut degré de diversité aussi bien au niveau géographique qu'humain. Les principales caractéristiques démographiques sont un taux de natalité particulièrement faible qui conduit à une stagnation de la population que seule contrarie une forte immigration. Actuellement Barcelone et sa périphérie concentrent une partie importante de la population catalane.

En 1979, l'autonomie est proclamée et le gouvernement de Catalogne (qui date de 1359) est restauré avec un parlement élu démocratiquement.

La Catalogne est une province autonome de l'État espagnol. Elle a les pleins pouvoirs en ce qui concerne l'éducation, les services sociaux, les infrastructures, la sécurité publique, l'environnement et la santé.

Au niveau économique, la Catalogne est la locomotive de l'Espagne. Elle occupe une position intermédiaire au sein des pays de la communauté européenne et connaît une croissance rapide.

Tableau 9
Quelques chiffres repères sur la Catalogne en 1997

1997	Catalogne	France
Population		
Population totale (milliers)	6 059	58 608
Population au km ²	190	108
Natalité, mortalité		
Taux brut de mortalité/100 000 pers.	8,6	9
Taux de mortalité infantile p. 1 000 naissances vivantes	5,5	4,8
Espérance de vie – Hommes	73,9	74,6
Espérance de vie – Femmes	80,9	82,3
Economie		
PIB/tête, \$ PPA*	14 606	22 091
Taux de chômage	17,9	12,5
Santé		
Dépense de santé/PIB (%)	4,6	9,8
Densité de médecins en activité / 1000 habitants	4,3	3
Densité de lits soins aigus / 1000 habitants	2,4	4,3

Sources : OCDE et Instituto Nacional de Estadística

4.2 Le système de santé catalan

4.2.1 Les principes fondateurs

L'Espagne en accord avec la Déclaration universelle des droits de l'homme de 1948, avec le pacte international concernant les droits économiques, sociaux et culturels de 1966 et la Charte sociale européenne, considère la protection de la santé comme un droit fondamental des individus.

La constitution espagnole de 1979 reconnaît en effet le droit à la protection de la santé, confié aux autorités publiques la responsabilité de l'organisation et du contrôle d'une Sécurité sociale accessible à tous les citoyens, et des mesures de santé publique nécessaires au maintien en bonne santé de la population.

Avant la constitution de 1979, le système de santé espagnol était basé sur une protection sociale financée par les salariés et leurs employeurs. Le tout étant géré par l'administration centrale à Madrid.

Depuis 1979, les compétences sont pour de nombreuses régions (dont la Catalogne), transférées au niveau régional (transfert effectif en 1981). En 1986, la loi générale de santé crée le système national de santé. 98 % de la population est actuellement couverte.

Les soins sont gratuits, et il n'existe pas de ticket modérateur. Le financement est assuré à 94 % par le gouvernement fédéral (le prélèvement se fait par impôt), les 6 % résiduels viennent des travailleurs. La répartition de ce financement est fonction de la taille de la population couverte, et son évolution est calquée sur celle du PIB.

4.2.2 Avènement du système actuel

En 1981, date à laquelle les pouvoirs en matière de santé sont réellement transmis à la région, les lits d'hospitalisation publics en soins aigus ne représentent que 30 % du nombre total des lits, soit 0,77 lit public pour 1 000 habitants, alors que la moyenne espagnole est de 1.91 pour 1 000. Depuis des années, ce déficit est pallié par de nombreuses autres structures d'hospitalisation appartenant à des œuvres caritatives, des mutuelles, des associations, des sociétés, des municipalités, l'Église... A cette date est réalisée la première carte sanitaire. Elle fait le point sur l'état de l'offre de soins et constitue le premier outil de planification. L'étude de cette carte a mis en évidence la nécessité de constituer un système de prise en charge utilisant au mieux les diverses structures privées et publiques préexistantes. C'est toujours en 1981 que, parallèlement à cet état des lieux, se développe une procédure d'accréditation qui pose les normes requises en terme de fonctionnement et de structure pour pouvoir contracter avec le ministère de la Santé et de la Sécurité sociale et ainsi recevoir le financement (public).

En 1983 est créé l'Institut Catalan de la Santé pour assurer la direction des centres de Sécurité sociale.

En 1985 apparaît la XHUP, le réseau des hôpitaux d'intérêt public. Ce réseau regroupe l'ensemble des établissements de santé qui sont habilités à fournir des soins aux assurés sociaux, indépendamment de leur raison sociale et de leur statut juridique. La création de ce réseau a incité les hôpitaux à se restructurer fortement en fonction de leur situation géographique et de leur entourage en terme d'établissements privés ou publics. Il a également stimulé la réalisation de planifications stratégiques avec les centres de santé de façon à couvrir l'ensemble du territoire.

4.2.3 Le système catalan actuel

Le système catalan, que l'on peut qualifier de mixte, est caractérisé par le rôle dévolu au ministère de la Santé qui se positionne comme financeur, comme acheteur de soins et qui est totalement étranger à la gestion de l'offre de soins.

La loi d'organisation sanitaire de 1990 entérine cette tendance en créant le Service catalan de la santé qui recouvre l'intégralité des ressources disponibles dans le domaine de la santé en Catalogne.

Voici les grandes lignes de cette nouvelle organisation :

- le Service catalan de la santé est une structure publique responsable de l'ensemble des services publics de santé disponibles en Catalogne ;
- l'accès aux soins est universel, il suffit de résider sur le territoire catalan ;
- la couverture concerne toutes les ressources de santé y compris la promotion de la santé, la prévention, les traitements, et la rééducation ;
- il faut décentraliser les services de façon à surmonter les inégalités sociales et géographiques ;
- il faut créer un marché « planifié » et « régulé » de l'offre de soins, basé sur la séparation du financement et de la gestion de l'offre ;
- l'offre de soins doit rester mixte, de façon à tirer le maximum d'avantages des ressources existantes dans le privé et le public ;
- les objectifs de l'administration et de l'organisation générale du système sont : la rationalisation, l'efficacité, la simplification et l'efficience ;
- il est important de promouvoir différents modes de gestion : public, privé, mixte et de donner la possibilité aux praticiens de participer à la gestion de leur outil de travail ;
- la gestion de l'offre de soins doit se faire d'une manière entrepreneuriale, avec définition d'objectifs et management des résultats ;
- il faut intégrer une participation de la population à tous les niveaux du système.

Structure de l'administration : Le pouvoir public en matière de santé s'exerce donc par le biais du département de la santé et de la Sécurité sociale (ministère) auquel sont affiliées trois structures :

- Le Service catalan de la santé qui gère et dirige l'offre de soins publique ;
- L'Institut catalan de la santé qui gère directement les centres de soins publics. Ces centres sont la propriété de la Sécurité sociale ou dans certains cas du gouvernement de Catalogne : 11 hôpitaux, 300 centres de soins primaires et un peu plus de 150 autres centres de santé (centres spécialisés, centres de réadaptation, centres de soins à domicile...) ;
- L'Institut d'étude de la santé : il s'agit d'un organisme autonome qui apporte un support technique au ministère pour les essais et études réalisées aussi bien dans le public que dans le privé.

Le financement public se répartit comme suite : 39 % du budget est alloué aux gestionnaires de structures de soins ayant passé contrat avec le service catalan de la santé, 34 % vont à l'institut catalan de la santé pour la gestion des structures appartenant à l'état, 21 % vont au financement des médicaments, les 2 % restant allant à diverses contributions.

Poursuivant des objectifs de qualité et d'équité d'accès aux soins sur l'ensemble du territoire, les lignes budgétaires sont prioritairement dirigées vers la construction de nouveaux centres et la modernisation des anciens de façon à en faire des établissements flexibles, efficaces, adaptés aux nouvelles pratiques de l'hôpital et à l'incorporation de nouvelles technologies.

Un nouveau mode de gestion : la spécificité du système catalan réside dans la diversité des modes de gestions utilisés par le Système catalan de santé pour administrer l'ensemble des services payés par le gouvernement.

En déléguant à ces « consortiums » les pleins pouvoirs en matière de gestion, l'État a créé de nombreuses « entreprises publiques » ainsi que de nombreuses équipes de professionnels du domaine de la santé qui s'investissent directement dans la gestion de leur structure.

Ces consortiums, tous à but non lucratif, fournisseurs de soins sont liés au service catalan de la santé par un contrat qui établit les droits et devoirs des parties en présence. Ces contrats sont basés sur les principes suivants : l'équité, la qualité, la satisfaction des usagers, et la coordination. Définis au niveau de l'autorité sanitaire régionale, les objectifs de santé sont établis en fonction des besoins de santé perçus, des caractéristiques de la population, et des ressources disponibles. Ces objectifs sont intégrés dans les contrats et évalués annuellement par les mêmes autorités régionales sur les bases d'indicateurs qualitatifs et quantitatifs.

Cette séparation entre le financement et la gestion de l'offre de soins associée à la diversité et à la mixité des structures proposant les soins a permis un progrès rapide de la couverture sanitaire. L'idée étant de constituer un environnement compétitif dont l'objectif est la qualité et la meilleure utilisation possible des fonds publics.

Description du réseau des hôpitaux d'intérêt public : Ce réseau regroupe l'ensemble de l'offre sanitaire de Catalogne ; on peut le décrire selon cinq parties :

- Les centres de soins primaires : il en existe un peu plus de 350. Ils constituent les soins de première ligne et représentent l'offre de soins la plus proche de la population, celle à laquelle elle fait le plus souvent appel. Ce sont les soins de proximité catalans.
- Les centres hospitaliers : les hôpitaux de la XHUP sont organisés en trois catégories : les hôpitaux généraux de base (au nombre de 67), les hôpitaux de référence, et les hôpitaux hautement spécialisés. Les hôpitaux généraux dispensent les soins de base au moyen d'un plateau technique ne contenant pas les équipement hyper-spécialisés coûteux. Les hôpitaux de référence sont en mesure de faire face à l'ensemble des problèmes de santé à l'exception de ceux requérant une technologie de pointe. Les centres hospitaliers hautement spécialisés possèdent tous les moyens diagnostics et thérapeutiques nécessaires à la prise en charge des patients ne pouvant être traités dans les centres de référence.
- Les centres de soins sociaux : ils sont destinés à accueillir des patients souffrant de pathologies chroniques ou en fin de vie, atteints de maladies ou d'incapacité. Le système catalan dispose de plus de 5 000 lits destinés au long séjour, aux soins de suite et de réadaptation et aux soins palliatifs. Il propose également 500 places en hôpital de jour et des soins à domicile prodigués par des équipes interdisciplinaires mobiles.
- Les centres de psychiatrie et santé mentale : 4 000 lits d'hospitalisation et plus de 1 000 places en hôpital de jour répartis en 3 catégories d'établissements couvrent les besoins de santé dans ce domaine. Les trois catégories sont : des établissements de support pour soins généraux, des centres hospitaliers spécialisés et des centres de réadaptation.
- Les autres ressources de santé : les centres pour toxicomanes, les centres de transfusion sanguine, les centres de planning familial, les centres de transplantation d'organes, les centres de prévention... Mais également des centres d'imagerie, de biologie, de médecine nucléaire, d'oxygénothérapie, de lithotripsie et de dialyse, entre autres.

Tableau 10
Description synthétique du système catalan

Budget	Ressources	Activité	Fournisseurs publics	Fournisseurs privés
Soins primaires				
665 M\$ 17 %	239 équipes	36,9 millions de consultations	89 %	11 %
Court séjour				
1 760 M\$ 50 %	67 hôpitaux 15 050 lits	604 185 hospitalisations 2 869 393 urgences 6 813 279 consultations externes	27 % des hospitalisations 39 % du budget	73 %
Long séjour				
100 M\$ 2,5 %	82 centres 5 858 lits	2 194 842 journées d'hospitalisation 23 433 patients	0 %	100 %
Santé mentale				
95 M\$ 2,3 %	19 hôpitaux 4 056 lits	19 655 hospitalisations 15 361 patients	0 %	100 %

source : *Unio Catalana d'Hospital*, mars 2000

4.3 L'offre de soins de proximité

Nous poserons ici la question de savoir comment se situe l'offre de proximité.

Le découpage régional : le système de santé catalan est très régionalisé et s'appuie sur un découpage régional extrêmement fin.

La Catalogne est constituée de 8 régions délimitées sur des bases géographiques, socio-économiques et démographiques. Chaque région est elle même structurée en secteurs sanitaires. C'est à ce niveau que s'organise et se coordonne l'offre de soins. Les secteurs sanitaires sont eux même le regroupement de zones sanitaires de base. Ces zones sanitaires sont définies soit par une commune ou un groupe de communes en milieu rural, soit par un quartier ou un arrondissement en milieu urbain. Elles regroupent en moyenne 20 000 personnes. On compte actuellement 338 zones sanitaires de base.

La nouvelle offre de soins de première ligne : la réforme en cours sur les soins de première ligne débouche sur la création de centres de santé primaires. Ils correspondent aux soins de proximité catalans. Les enjeux sont de porter une plus grande attention aux patients, de développer la prévention et la promotion de la santé et d'assurer à tous un accès rapide aux soins : « 99 % de la population à moins de 30 minutes d'un hôpital ». Les moyens employés sont l'implantation au niveau des zones sanitaires de base « d'équipes de soins primaires » exerçant dans les centres de santé primaires. Ces équipes sont constituées selon les besoins locaux de médecins généralistes, de pédiatres, d'infirmières, de dentistes et de travailleurs sociaux. Ce rassemblement des professionnels de santé dans les centres a permis de faire disparaître la médecine ambulatoire en l'incorporant dans les centres de santé et les hôpitaux. Des spécialistes peuvent rejoindre ces équipes en fonction des besoins de santé exprimés. Selon les cas (situation géographique, type de population, ressources sanitaires disponibles...) les spécialistes vont s'installer dans les centres de santé primaires ou demeurent dans le centre hospitalier de référence. La constitution des équipes se fait sur la base de

ressources locales. Dans la plupart des régions, on a regroupé médecins et infirmières qui jusqu'alors étaient isolés. Dans d'autres cas, il a fallu créer des structures *ex nihilo* et y apporter médecins et infirmières, notamment dans les zones montagneuses isolées comme le Val d'Aran. La politique dans ce cas étant clairement de rapprocher l'offre de soins de la population. Dans certaines zones particulièrement retirées et difficiles d'accès, il a été construit des hôpitaux de 30 et 50 lits afin de maintenir un accès à la santé et par la même occasion une activité dans ces endroits.

Fonctionnement de ces centres de soins primaires : animés par les équipes de soins primaires composées de médecins, tous contractuels et non plus fonctionnaires comme par le passé, les centres sont en relation étroite avec les structures hospitalières voisines avec lesquelles ils développent des partenariats en fonction de l'évolution des besoins et des ressources disponibles. Les centres de soins primaires constituent la véritable porte d'entrée du système mais ne jouent pas le rôle de *gate keeper*. En effet, les patients peuvent se rendre directement au centre hospitalier universitaire le plus éloigné de chez eux s'ils le désirent, ils seront soignés gratuitement de la même manière. Les relations avec les centres hospitaliers locaux, de référence et de haute technologie se font au cas par cas d'une manière très pragmatique en fonction de la complémentarité des structures. Les municipalités bien qu'étant consultées n'ont pas de pouvoir de décision qui revient en dernier recours à l'État après la concertation avec l'ensemble des parties prenantes.

Les médecins devenus contractuels, par une volonté forte de l'État de ne plus avoir de médecins fonctionnaires sont soumis à plus de rigueur. Ils sont à présent tenus de tenir un dossier médical, la journée de travail dans le centre a été rallongée à 6 heures par jour et en dehors de ces horaires, le médecin doit répondre aux appels et effectuer des visites. Ce statut de contractuel permet une plus grande mobilité, ce qui est une qualité essentielle du système de santé catalan en raison de très fortes variations de population entre autres dues au tourisme. En 1997, le nombre de visiteurs étrangers s'est élevé à 16,4 millions de personnes, pour une population de base de 6 millions. De plus cette population est spécifique, elle comprend de nombreuses personnes âgées et de personnes ne parlant ni espagnol, ni anglais. La contractualisation permet donc de répondre rapidement et ponctuellement à une demande irrégulière.

Cette grande perméabilité du territoire a incité le gouvernement catalan à envisager un système souple et très à l'écoute des besoins de la population.

Les moyens de communication modernes ont également été intégrés dans et autour de ces centres de proximité. Dans les régions isolées, les examens radiologiques sont réalisés uniquement en présence d'un manipulateur, les examens sont interprétés à distance par des spécialistes au niveau de ces centres hospitaliers.

Les activités ambulatoires comme l'hospitalisation à domicile et les centres de fin de vie reposent également sur le centre de santé local et parfois sur l'hôpital local selon le contexte.

Cette réforme est actuellement à mi-chemin, et semble faire l'unanimité auprès des professionnels, du gouvernement et de la population. D'après une enquête réalisée pour le Service catalan de la santé, 87,9 % de la population se déclare satisfaite et très satisfaite par le système. La satisfaction est d'autant plus nette que l'on est en milieu non urbain, où la population peut actuellement bénéficier d'une grande accessibilité à un système de soins bien hiérarchisé. Mais la satisfaction de la population n'est peut être pas le seul facteur à prendre en compte pour l'évaluation. Au niveau économique, le coût du fonctionnement d'un tel système suscite également la satisfaction des catalans car les soins primaires coûtent en 1999 : 14 000 pesetas par personne soit 560 francs, et chaque catalan coûte en moyenne 118 000 pesetas par an à la société, soit à peu près 4 720 francs contre 12 000 francs en France (sources : Ministère de la Santé et de la Sécurité Sociale, mars 2000).

4.4 Les débats et problématiques actuels

Bien que le système de santé catalan satisfasse l'ensemble de la population, il existe cependant quelques préoccupations, qui nuancent le bilan que l'on peut faire sur l'organisation en Catalogne.

Il y a des listes d'attente pour certains actes : cataractes, prothèses de hanche et de genou qui sont contournables par les personnes ayant les moyens de souscrire à une assurance privée en sus de la Sécurité sociale qui reste obligatoire pour tout le monde.

Le niveau d'investissement est faible et un certain nombre de structures sont délabrées. Les critères du contrôle qualité obligeront prochainement le gouvernement catalan à les restaurer ou à en construire de nouveaux.

Enfin la rémunération des médecins est faible (aux alentours de 10 000 francs par mois net ce qui correspond au salaire moyen catalan : 9 700 francs en 1997).

4.5 Conclusions

Même si la proximité fait explicitement partie des critères fondamentaux de l'organisation de l'offre de soins en Catalogne, elle n'est pas uniquement envisagée comme une fin, mais davantage comme un outil permettant de mieux détecter les besoins et donc de mieux adapter l'ensemble du système de soins localement. Mais le point fort de ce système de soins est la structure constituée de la superposition de deux réseaux, l'un propriétaire : public et l'autre fonctionnel : mixte, privé et public qui n'en font qu'un pour le patient.

La contractualisation des professionnels de santé semble également contribuer au bon fonctionnement du système.

Pour ce qui est de la taille optimale des hôpitaux, le débat ne semble pas se poser en ces termes. La modification des pratiques médicales, les nouvelles technologies, le « virage ambulatoire » font que l'hôpital est en pleine mutation et que le nombre de lits n'est plus un indicateur pertinent, il est remplacé par des indicateurs d'activité. « L'hôpital sort de ses murs », l'expression est ancienne, mais elle correspond à présent à une réalité. De plus en plus d'activités ne sont plus réalisées au sein de l'hôpital, mais à proximité de la population en ambulatoire. L'hôpital se réservant les actes hautement techniques sur des patients qui devraient être justement adressés par un système d'aval cohérent.

Le débat sur la fermeture des hôpitaux ne se pose pas non plus, le parc hospitalier étant déficitaire, les catalans n'ont fermé aucun établissement excepté ceux qui ont été détruits car trop délabrés.

Enfin, la planification de l'offre au niveau local, très pragmatique permet une grande flexibilité et une meilleure détection et adaptation aux besoins de la population. En effet, les patients bénéficient d'une couverture universelle, peuvent accéder directement à n'importe quel étage du système de soins, n'importe où sur le territoire. Ils semblent respecter la hiérarchie des structures, utilisent les soins de première ligne comme accès au système et estiment, d'après une étude du Service catalan de santé être en bonne ou excellente santé pour 75,8 % d'entre eux, en moyenne santé pour 19,9 % et en mauvaise santé pour 4,3 %.

Mais l'existence de listes d'attente, contournables par une assurance privée, comme la rénovation nécessaire ou l'extension du parc hospitalier tempère les aspects positifs de ce bilan.

Conclusions

Conclusions

La proximité : une exception française ?

Poser la question de la proximité des structures de soins, c'est poser d'abord la question des difficultés géographiques d'accès aux soins. C'est la première façon de comprendre la référence à la « proximité » dans les textes officiels. Mais il faut remarquer qu'en France, la dernière réforme sur l'accès aux soins (la CMU) concerne l'accessibilité financière (et non géographique).

L'importance accordée aux soins de proximité est une forme *d'exception française*. Dans aucun pays n'apparaît explicitement ce concept comme axe directeur de l'organisation du système de soins. Un autre aspect de cette *exception française* est que les études sur les effets de l'accessibilité sont en quasi totalité anglo-saxonnes. Dans les pays étrangers, la préoccupation sur l'accessibilité (dont la proximité géographique) apparaît comme une résultante des choix fondamentaux et non comme une orientation préalable. Les difficultés d'accès ne sont pas méconnues : elles sont financières aux États-Unis, et des pays comme la Grande-Bretagne, le Danemark, la Suède se préoccupent de la proximité temporelle (listes d'attente) avant de s'interroger sur l'accessibilité géographique.

Mais si le terme proximité n'apparaît pas à l'étranger, on constate que la préoccupation constante de mettre « les soins primaires » au centre du système de soins ou de recourir au « virage ambulatoire » témoigne de préoccupations proches de celles qui concernent en France la proximité. Comme le notent Bloor, Maynard et Street dans l'article « La pierre angulaire du Nouveau NHS : la réforme des soins primaires » : « *La rhétorique politique a été de favoriser un NHS centré sur les soins primaires, qui sont considérés comme une « bonne chose », bien que la preuve n'en soit pas faite* ». Ainsi, la Grande-Bretagne est organisée autour des soins primaires et du généraliste qui contrôle l'accès aux soins secondaires (*gate keeper*), la Catalogne a fait la promotion des « centres de santé primaires », et le Québec se trouve dans un « virage ambulatoire » où les soins ambulatoires n'ont pas encore pris le relais après des restructurations hospitalières. Ces exemples montrent que « les structures de proximité » ne doivent pas se concevoir seulement à l'hôpital, mais en amont. La bonne qualité des soins de proximité résulte aussi d'une bonne articulation entre médecine ambulatoire et médecine hospitalière.

La décentralisation : une solution ?

Beaucoup de pays ont résolu de façon institutionnelle la question de la proximité par la décentralisation, c'est-à-dire par une large autonomie des niveaux locaux. Ce recours au principe de « subsidiarité » (la décision devant être prise au niveau le plus adapté) devrait résoudre les problèmes qui se posent (Danemark, Allemagne) : la responsabilité des soins de proximité est renvoyé alors aux institutions de proximité, mais sans définition de normes nationales. Ainsi, au Danemark, à une question d'une commission sénatoriale française sur les listes d'attente, la réponse a été que celles-ci relevaient de la compétence locale des Comtés. En France, de nombreux débats concernent aussi la décentralisation (vs déconcentration), la « régionalisation », et bien évidemment l'aménagement du territoire.

Les études empiriques sur le dilemme proximité/concentration

■ *Accessibilité et recours aux soins*

En ce qui concerne les études empiriques, effectuées en très grande majorité dans les pays anglo-saxons, il se dégage rarement une loi « universelle ». Il y a une seule certitude : **l'utilisation des services est plus faible pour les personnes qui en sont le plus éloignées**. Sur le plan de la prévention, l'effet de l'accessibilité semble plus marqué que pour les soins curatifs : la distance a peut-être plus d'effet pour les traitements ou les procédures dont l'efficacité a été moins démontrée. La perception de la maladie, ou du besoin de recourir préventivement aux soins joue un rôle important. En fait les difficultés d'accessibilité ne sont pas identiques pour toute la population : en Grande-Bretagne, seuls 6 % de la population estime que l'accès au cabinet est « difficile ou très difficile » en raison des distances et des transports. C'est sans doute la raison pour laquelle les études n'observent pas d'effet massif de la distance sur le recours aux soins : ceci concerne une minorité de personnes avec des difficultés de mobilité ou sans moyen autonome de transport.

■ *Volume et qualité*

Il est très difficile de conclure sur ce thème car de nombreuses études ne tiennent pas compte des facteurs de confusion (sévérité du diagnostic, *case mix*), et surestiment sans doute le rôle du volume comme déterminant de la qualité. Par ailleurs, aucune série temporelle ne permet de mettre en évidence une augmentation de la qualité que l'on puisse rapprocher d'une augmentation du volume des actes ou de la taille de la structure.

Pour les seuils ou les normes, ils sont fixés par consensus ou dires d'experts, mais très rarement vérifiées par des preuves scientifiques empiriques. En Catalogne « 99 % de la population doit être à moins de 30 minutes d'un hôpital », et en Grande-Bretagne la Charte du patient établit qu'une ambulance doit pouvoir arriver dans les 14 minutes en zone urbaine et 19 minutes en zone rurale.

■ *Volume et coûts*

La question de la taille optimale des structures hospitalières a surtout été traitée dans les pays anglo-saxons. Les travaux français sont peu nombreux et leurs résultats sont souvent fragiles. **Le seul résultat concordant, mis en évidence dans un grand nombre d'études est l'existence de déséconomies d'échelle pour des établissements hospitaliers de très grande taille.** Ces résultats sont des seuils d'efficacité organisationnelle ne tenant pas compte des autres facteurs : efficacité médicale et accessibilité de la structure par la population notamment. En effet, la concentration peut être justifiée par le fait de faciliter les transferts entre services.

Une valeur symbolique : Liberté, Égalité, Proximité

Le souci de la proximité, terme fréquemment utilisé en France pour beaucoup de services (santé, justice, commerce, police, et même « démocratie »), est révélateur de la valeur symbolique que la société française lui accorde. L'idée sous jacente demeure que « le plus proche est le mieux », affirmation dont la démonstration n'est pas prouvée pour les soins médicaux. D'ailleurs, à propos de la justice de proximité, la délégation interministérielle à la Ville faisait remarquer qu'une telle mesure poussait à une augmentation des actions en justice, et donc à une forme de criminalisation, ce qui n'est pas le but recherché. De même, une évaluation récente de la « police de proximité » se montre critique sur la mise en place de cette doctrine.

En moins d'un siècle en France, le rayon des déplacements quotidiens a été multiplié par dix (Claval, 1993). Dans une société où les distances relatives continuent à diminuer en raison du développement des transports, de la plus grande mobilité et des télécommunications, la proximité apparaît dans tous les domaines comme le rappel de la présence de « l'État providence ».

De même que, au début du 19^e siècle, la fraternité est venue tempérer la contradiction entre l'égalité promise et l'inégalité constatée (Furet, 1994), on peut dire que la proximité vient atténuer la contradiction entre la liberté (de prescription ou de choix du malade) et l'équité voulue (mais avec des inégalités toujours constatées).

La proximité est une nécessité vitale pour les personnes à mobilité réduite

Il serait souhaitable de cerner plus précisément la population pour laquelle la proximité est non un confort, mais une nécessité presque vitale. Les études anglaises montrent qu'ils ne représentent qu'un faible pourcentage de la population, mais pour les personnes handicapées, les personnes à mobilité réduite, ou simplement les personnes sans moyen de transport autonome, la restriction à l'accès aux soins devient alors une véritable barrière.

Des indicateurs de qualité, traceurs des soins de proximité

En conclusion, ce qui pourrait être retenu des expériences étrangères concerne les indicateurs de performance du « nouveau NHS » ou les taux d'hospitalisation marqueurs de soins ambulatoires proposés aux États-Unis. Ces taux ont été définis pour identifier des événements sentinelles qui rendent compte de mauvaises performances ou de déficiences du système de soins en termes d'accès (Bindman, 1995), (Ricketts, 1995). Ces taux pourraient être calculés en France (avec le PMSI) et rendre compte de la qualité des soins de proximité. Les pathologies proposées sont l'asthme, l'hypertension, la crise d'angor ou d'angine de poitrine, le diabète, les maladies pulmonaires obstructives. Il a été montré que des taux d'hospitalisation élevés pour ces diagnostics provenaient de population ayant un mauvais accès aux soins (Bidman et alii, 1995). L'avantage de cette proposition est de fournir une forme d'évaluation concrète du recours de proximité.

Bibliographie

Bibliographie

- Aletras V., Jones A., Sheldon T.**, 1997, « *Concentration and choice in Healthcare, Economies of scale and scope* », The Royal Society of Medicine Press, London, pp. 23-36.
- American College of Cardiology/American Heart Association Task Force**, 1988, Guidelines for percutaneous transluminal coronary angioplasty. « *JACC* », vol. n° 12, pp. 529-545.
- American College of Surgeons**, 1984/01, Guidelines for minimal standards in cardiac surgery. « *American College of Surgeons Bulletin* », pp 67- 69.
- Arweiler D., Contandriopoulos A.P., Champagne F.**, 1997, Un financement équitable des hôpitaux au Québec. « *Journal d'économie médicale* », vol. n° 15, n° 2, pp. 111-122.
- Asubonteng Rivers P.**, 1998, Access to obstetrics care for rural Alabama population. « *International Journal of Health Planning and Management* », vol 13, pp. 277-288.
- Banta D., Bos M.**, 1991, The relation between quantity and quality with coronary artery bypass graft surgery, « *Health Policy* », vol. n° 18, pp. 1-10.
- Baud P., Bourgeat S, Bras C.**, 1997, « *Dictionnaire de géographie* », Hatier, Paris.
- Bentham G., Haynes R.**, 1985, Health, Personal Mobility and the Use of Health Services in Rural Norfolk. « *Journal of Rural Studies* », vol 1, n° 3, pp. 231-239.
- Bentham G., Hilton J., Haynes R., Lovett A., Bestwick C.**, 1995, Factor affecting non-response to cervical cytology screening in Norfolk, England. « *Social science and medicine* », vol. n° 40, n° 1, pp. 131-135.
- Bindman A.B., Grumbach K., Osmond D., Komaromy M. Vranizan K., Lurie, N., Billings J., Stewart A.**, 1995/07, Preventable hospitalizations and access to health care. « *Jama* », vol. n° 274, n° 4, pp. 305-311.
- Bindman A.B., Keane D., Lurie N.**, 1990/12, A Public Hospital Closes : Impact on Patients' Access to Care and Health Status. « *Jama* », vol 264, n° 22, pp. 2899-2904.
- Blazer D.G., Landerman L.R., Fillenbaum G., Horner R.**, 1995, Health Services Access and Use among Older Adults in North Carolina : Urban vs Rural Residents. « *American Journal of Public Health* », vol 85, n° 10, pp. 1384-1390.
- Bloor K., Maynard A., Street A**, 2000, « *The corner store of Labour's 'new NHS' : reforming primary care* » in Smith P. C. (editor), 2000, « *Reforming markets in Health Care, an econometric perspective* ».
- Boles M.D.**, 1994, « *A casual model of hospital volume, structure and process indicators and surgical outcomes* », Richmond : Virginia Commonwealth.
- Bunker J.P., Luft H.S., Enthoven A**, 1982, Should surgery be regionalised?, « *Surgical Clinics of North America* », vol. n° 62; pp. 657-668.
- Busson O., Lucas-Gabrielli V., Rochereau T., Sermet C., Tonnellier F.**, 1999/06, « *Environnement local, Santé, soins et protection sociale* », CREDES.

- Carr-Hill R.**, 1994, « *National survey of Patient experience : secondary analysis, final draft report* » Centre for Health Economics, York.
- Carr-Hill R., Place M., Possnett J.**, 1997, « *Access and the utilisation of Health services* » in Ferguson B., Sheldon T., Posnett J., 1997, « *Concentration and choice in health care* » The Royal Society of Medicine Press.
- Chale J.J., Naiditch M.**, 1999/10, Faut-il classer les hôpitaux ? : Retour sur une enquête controversée. « *La Recherche* », n° 324, pp. 70-74.
- Claval P.**, 1993, « *Géographie de la France* », Que sais-je ?, PUF.
- Christaller W.**, 1960, Central places in Southern Germany. « *Prentice-Hall* ».
- Com-Ruelle L., Crestin B., Dumesnil S.**, 2000, « *L'asthme en France selon les stades de sévérité* », CreDES.
- Contandriopoulos A.P., Fournier M.A., Denis J.L., Champagne F., Arweiler D.**, 1999, Les mesures incitatives et le paiement des ressources. « *Le système de santé québécois, un modèle en transformation* », Presse de l'université de Montréal, p. 139.
- Corvez A., Vigneron E.**, 1999/12, Pistes de réflexion pour l'action, Santé publique et aménagement du territoire, « *Actualité et dossier en santé publique* », n° 29.
- De Boer A.G., Wijker W., De Haes H.C.**, 1997, Predictors of health care utilization in the chronically ill : a review of the literature. « *Health Policy* », vol 42, pp. 101-115.
- Dépenses de santé : un regard international*, 1991, Rapport présenté au Premier ministre, La Documentation Française, 1991.
- De Pouvourville, Moisdon, Spira, Tibi-Levy**, 1997, Les économies d'échelle dans le secteur public hospitalier français, « *INSEE méthodes* », n° 64-65.
- Dervaux, Leleu, Lebrun, Boussemart**, 1994, Construction d'un indice de productivité pour le secteur hospitalier public, « *Cahiers lillois d'économie et de sociologie* », n° 24, Faculté des sciences économiques et sociales - Université de Lille I.
- Desrosiers G.**, 1999, Le système de santé au Québec, bilan historique et perspectives d'avenir, « *RHAF* », vol. n° 53; n° 1, pp. 4-18.
- Donabedian A.**, 1973, Aspects of medical care administration: specifying requirements for health care. « *Commonwealth Fund* ».
- Donabedian A.**, 1984/02, Volume, Quality, and the Regionalization of Health Care Services. « *Medical Care* », vol 22, n° 2, pp. 95-97.
- Dumesnil S., Grandfils N., Le Fur P., Grignon M., Ordonneau C., Sermet C.**, 1999, « *Santé Soins protection sociale en 1997* ». Paris, CREDES, n° 1255.
- Duriez M., Lequet-Slama D.**, 1998, « *Les Systèmes de Santé en Europe* » Que Sais-je ?, PUF.
- Effective Health Care**, 1996/12, « *Hospital volume and health care outcomes, costs and patient access* ».

Ferguson B., Posnett J., Sheldon T., 1997, « *Concentration and choice in the provision of hospital services* » University of York, Centre for Health Economics, York Health Economics Consortium, NHS Centre for Reviews & Dissemination.

Ferguson B., Sheldon T., Posnett J., 1997, « *Concentration and choice in health care* » The Royal Society of Medicine Press.

Fleming S.T., 1995/03, Primary care, avoidable hospitalization, and outcomes of care: a literature review and methodological approach. « *Medical Care Research and Review* », vol. n° 52, n° 1, pp. 88-108.

Flood A.B., Scott W.R., Ewy W., 1984/02, Does Practice Make Perfect ? Part I : The Relation Between Volume and Outcomes for Selected Diagnostic Categories. « *Medical Care* », vol 22, n° 2, pp. 98-114.

Flood A.B., Scott W.R., Ewy W., 1984/02, Does Practice Make Perfect ? Part II : The Relation Between Volume and Outcomes and Other Hospital Characteristics. « *Medical Care* », vol 22, n° 2, pp. 115-125.

Frater A, Sheldon T A, 1993, The outcomes movement in the US and UK. « *Purchasing and Providing Cost Effective Health Care* », Drummond D., Maynard A. edition, Ediburgh : Churchill Livingstone, ch. 4, pp. 49-65.

Frenk J., 1985, The concept and measurement of accessability. « *Salud Publica de Mexico* », vol. n° 27, pp. 438-453.

Furet F., 1988, « La Révolution » Hachette

Gesler W.M., 1992, « *The cultural Geography of Health Care. Pittsburgh* », The University of Pittsburgh Press, 245 pages.

Girt J.L., 1973, Distance to general medical practice and its effect on revealed ill-health in a rural environment. « *Canadian Geographer* », vol 17, n° 2, pp. 154-166.

Giuffrida A., Gravelle H., Roland M., « *Performance indicators for managing primary care : the counfounding problem* » in Smith P. C. (editor) 2000 « *Reforming markets in Health Care, an econometric perspective* ».

Goodman D.C., Fischer E.S., Gittelsohn A., Chang C.H., Fleming C., 1994, Why are children hospitalized? The role of non-clinical factor in pediatric hospitalizations. « *Pediatrics* », vol. n° 93, pp. 896-902.

Goodman D.C., Fisher E., Stukel TA, Chang C.H., 1997/07, The distance to community medical care and the likelihood of hospitalization: is the closer always the better?. « *American Journal of Public Health* », vol. n° 87, n° 7, pp. 1144-1150.

Greenberg E.R., Dain B., Freeman D., Yates J., Korson R., 1988/10, Referral of Lung Cancer Patients to University Hospital Cancer Centers : A population-Based Study in Two Rural States. « *Cancer* », vol 62, pp. 1647-1652.

Grimaud O., « *État de santé et besoins de soins de santé des populations : une distinction importante en Angleterre* ». Communication présentée au 8^{ème} congrès national des ORS « Information et décision : quelle décision ? ». Montpellier, 26-27 novembre 1998.

Grimonprez F., 1998/12, La réforme du système de santé britannique : « le nouveau N.H.S. ». « *Technologie Santé* », n° 35, pp. 18-26.

Groupe d'experts en organisation clinique, « Situation dans les urgences en 1999 » commande du Ministère de la Santé et des services sociaux du Québec, 1999.

Grumbach K., Anderson G.M., Luft H.S., Ross L.L., Brook R., 1995/10, Regionalization of Cardiac Surgery in the United States and Canada : Geographic Access, Choice, and Outcomes. « *Jama* », vol 274, n° 16, pp. 1282-1288.

Hannan E.L., Kilburn H., Racz M., Shield E., Chassin M.R., 1994, Improving the outcomes of coronary artery bypass surgery in New York State. « *JAMA* », vol. n° 271, pp. 761-766.

Hays S.M., Kearns R.A., Moran W., 1990, Spatial Patterns of Attendance at General Practitioner Services. « *Social Science and Medicine* », vol 31, n° 7, pp. 773-791.

Haynes R., 1987, *The Geography of Health Services in Britain*. Beckenham : Croom Helm Ltd, 260 pages.

Haynes R., Bentham G., Lovett A., Gale S., 1999, Effect of distances to hospital and GP surgery on hospital inpatient episodes, controlling for needs and provision. « *Social Science and Medicine* », vol. n° 49, pp. 425-433.

Health education authority, 1992, « *Health and Lifestyle Survey 1992* ».

Heaton J., Williams M., Long A., Dixon P., Brettle A., 1995, Measuring the health outcomes of Total Hip replacement through the commissioning process. « *Outcome measurement reviews* », vol. n° 1, Leeds, UK, clearing house for health outcome.

Holmes J., Williams F.B., Brown L.A., 1972/01, Facility Location under a Maximum Travel Restriction : An Example Using Day Care Facilities. « *Geographical Analysis* », vol 4, pp. 258-266.

Houghton A., 1994, Variation in outcome of surgical procedures. « *British Journal of Surgery* », vol n° 84, pp. 653-660.

Huges R.G., Hunt S.S., Luft H.S., 1987, Effect of surgeon volume and hospital volume on quality of care in hospitals. « *Medical Care* », vol. 25, pp. 339-358.

Jacobzone, « *L'efficacité économique de l'activité clinique des services hospitaliers : fonctions de coût et méthodes non paramétriques* », Communication au XI^{èmes} journées de micro-économie appliquée, Marseille, 1994.

Jarhult J., 1996, The importance of volume for outcome in cancer surgery - an overview. « *European journal of surgical oncology* », vol. n° 22, pp. 205 - 215.

Jones A.P., 1996, *Health service accessibility and health outcomes*, University of East Anglia.

Jones A.P., Bentham G., 1995, Emergency medical service accessibility and outcome from road traffic accidents. « *Public Health* », vol. n° 109, pp. 169-177.

Jones A.P., Bentham G., Horwell C., 1999, Health services accessibility and deaths from asthma. « *International Journal of Epidemiology* », vol 28, pp. 101-105.

Jones K., Moon G., 1987, *Health, disease and society*. London : Routledge & Kegan Paul Ltd, 376 pages.

Karjalainen S., 1990, Geographical variation in cancer patient survival in Finland: chance, confounding, or effect of treatment?. « *Journal of Epidemiology and Community Health* », vol. n° 44, pp. 210-214.

Kearns R.A., 1991, The place of health in the health of place : The Case of the Hokianga Special Medical Area. « *Social Science and Medicine* », vol 13, n° 4, pp. 519-530.

Landers J., (1992), « *Historical epidemiology and the health transition* », Health Transition Review.

Launoy G., Le Contour X., Gignoux, Pottier D., Dugleux G., 1992, Influence of rural environment on diagnosis, treatment, and prognosis of colorectal cancer. « *Journal of Epidemiology and Community Health* », vol. n° 46, pp. 365-367.

Leape L.L., Park R.E., Solomon D.H., Chassin M.R., Kosecoff J., Brook R.H., 1990/02, Does Inappropriate Use Explain Small-Area Variations in the Use Of Health Care Services ?. « *Jama* », vol 263, n° 5, pp. 669-672.

Le Fur Ph., Picard H., Polton D., 2000 ,Les trajectoires des patients franciliens : l'accès aux plateaux techniques CreDES 2000

Lee H.L., Cohen M.A., 1985/04, A Multinomial Logit Model for the Spatial Distribution of Hospital Utilization. « *Journal of Business & Economic Statistics* », vol 3, n° 2, pp. 159-168.

Localio A.R., Hamory B.H., Sharp T.J., Weaver S.L., Tenhave T.R., Landis J.R., 1995, Comparing hospital mortality in adult patients with pneumonia: A case study of statistical methods in a managed care programme. « *Ann Intern Med* », vol. n° 122, pp. 125-132.

Lombrail P., Naiditch M., 1999/10, Faut-il classer les hôpitaux ? : Comment partager l'information ?. « *La Recherche* », n° 324, pp. 75-78.

Lovett A., Suennenberg G., Haynes R., 1998/11, *Accessibility of Potential Sites for Intermediate Services*, University of East Anglia, School of Environmental Sciences, 18 pages.

Lucas V., Tonnellier F., 1996, Distances réelles d'accès et attraction hospitalière, « *Solidarité santé, études statistiques* » n° 4.

Luft H., Bunker J.P., Enthoven A.C., 1978, Should operations be regionalised? The empirical relationship between surgical volume and mortality. « *NEJM* », vol. n° 301, pp. 1364-1369.

Luft H.S., Haunt S.S., Maerki S.C., 1987/06, The volume-Outcome Relationship : Practice-Makes-Perfect or Selective-Referral Patterns ?. « *Health Services Research* », vol 22, n° 2, pp. 157-182.

Luft H.S., 1980/09, The Relation Between Surgical Volume and Mortality : an Exploration of Causal Factors and Alternative Models. « *Medical Care* », vol 17, n° 2, pp.940-959.

Luft H.S., Bunker J.P., Enthoven A.C., 1979/12, Should operations be regionalized ? The Empirical Relation between Surgical Volume and Mortality. « *The New England Journal of Medicine* », vol 301, n° 25, pp. 1364-1369.

Maerki S.C., Luft H.S., Aunt S.S., 1986/02, Selecting Categories of Patients for Regionalization : Implications of the Relationship Between Volume an Outcome. « *Medical Care* », vol 24, n° 2, pp. 148-158.

Mahon A., Wilkin D., Whitehouse C., 1992, *Patient choice and changes to the hospital referral system : patients choice of hospital and attitudes to travel*. Communication présentée au colloque européen « De l'analyse économique aux politiques de santé ». Paris, 16-18 décembre 1992. Paris : CREDES, pp. 201-204.

Maioni A., 1999, Les normes centrales et les politiques de santé. « *Le système de santé québécois, un modèle en transformation* », Presse de l'université de Montréal, pp. 53-76.

Maxwell, 1985, Resource constraints and the quality of care, *The Lancet*.

Mayhew L.D., Leonardi G., 1982, Equity, efficiency, and accessibility in urban and regional health-care systems. « *Environment and Planning A* », vol 14, pp. 1479-1507.

Mays N., Chinn S., 1989, Relation between all cause standardised mortality ratios and two indices of deprivation at regional and district level in England. « *Journal of Epidemiology and Community Health* », vol 43, pp. 181-199.

McGuirk M.A., Porell F.W., 1984, Spatial Patterns of Hospital Utilization : The Impact of distance and Time. « *Inquiry* », vol 21, pp. 84-95.

McKee M., Sheldon T., 1998, Measuring performance in the NHS, « *BMJ* » 316 :322.

McLafferty S., 1988, Predicting the effect of hospital closure on hospital utilization patterns. « *Social Science and Medicine* », vol n° 27, pp. 255-262.

McLafferty S., Broe D., 1990, Patient outcomes and regional planning of coronary care services : a location-allocation approach. « *Social Science and Medicine* », vol 30, n° 3, pp. 297-304.

Meyer P., Barragan P., Blanchard D., Chevalier B., Commeau P., Danchin N., Fajadet J., Grand A., Lablanche J.M., Machecourt J., Metzger J.P., Monassier J.P., Neiman J.L., Puel J. et Steg P.G., 02/2000, Recommandations de la Société Française de cardiologie concernant la formation des médecins coronarographistes et angioplasticiens, l'organisation et l'équipement des centres de coronarographie et d'angioplastie coronaire, *Archives des maladies du cœur et des vaisseaux*, tome 93, n° 2, pp. 147-158.

Mick S.S., Morlock L.L., 1990/10, America's Rural Hospitals : A selective review of 1980s Research. « *The Journal of Rural Health* », vol 6, n° 4, pp. 437-466.

Millman M., 1993, « *Access to Health Care in America* », Washington DC, National Academy Press.

Ministère de la Santé et des services sociaux, Organisation des services : état de situation et perspectives, 2000.

Myfanwy M., Mays N., Holland W.W., 1987, Can hospital use be a measure of need for health care ? « *Journal of Epidemiology and Community Health* », vol 41, pp. 269-274.

Naiditch M., 1999/10, Faut-il classer les hôpitaux ? : L'exemple de la chirurgie cardiaque new-yorkaise. « *La Recherche* », n° 324, pp. 66-69.

NHS Executive, 1999/03, *The NHS Performance Assessment Framework*. Department of Health, 23 pages.

NHS Executive, « *Quality and performance in the NHS : High Level Performance indicators* ».

Nesbitt T.S., Larson E.H., Rosenblatt R.A., Hart L.G., 1997/01, Access to Maternity Care in Rural Washington : Its Effect on Neonatal Outcomes and Ressource Use. « *American Journal of Public Health* », vol 87, n°1, pp. 85-90.

Newton J.N., Seagroatt V., Goldacre M., 1994, Geographical variation in hospital admission rates : an analysis of workload in the Oxford region, England. « *Journal of Epidemiology and Community Health* », vol 48, pp. 590-595.

OHE, « *Compendium of Health Statistics* », London.

Omran A.R., 1971, « *The epidemiological transition, a theory of the epidemiology change* », Milbank memorial fund Quarterly, vol. n° 49, n°4.

Payne J.N., Coy J., Milner P.C., Patterson S., 1993, Are deprivation indicators a proxy for morbidity ? A comparison of the prevalence of arthritis, depression, dyspepsia, obesity and respiratory symptoms with unemployment rates and Jarman scores. « *Journal of Public Health Medicine* », vol 15, n° 2, pp. 161-170.

Phillips D.R., 1979, Spatial Variations in Attendance at General Practitioner Services. « *Social Science and Medicine* », vol 13D, pp. 169-181.

Place M., 1997, « *The relationship between concentration, patient accessibility and utilisation of services* » University of York; Centre for Health Economics; York Health Economics Consortium, NHS Centre for Reviews & Dissemination.

Posnett J., Gravelle H., Carr-Hill R., Piercy J., Dixon P., Wilson D., Lilley C., Boutall S., 1996, « Primary care consortia and patient choice », University of York, York Health Economics Consortium.

Richardson A., Charny M., Hammer-Lloyd S., 1992/03, Public Opinion and Purchasing. « *British Medical Journal* », vol 304, pp. 680-682.

Ricketts TC, Randolph R., Howard H.A., Pathman, D. Carey T., 1998, Do ambulatory sensitive condition admission rates identify access problems in urban and rural areas?, « *Mimeograph* », Univerity of North Carolina at Chapel Hill.

Ricketts T.C. Savitz L.A., Gesler W.M., Osborne D.N., 1994, *Geographic Methods for Health Services Research*. Boston Way : University Press of America, 375 pages.

Rollet-Echalier C., 1990, « *La politique à l'égard de la petite enfance sous la Troisième République* », INED, Travaux et documents n° 127.

Rosenthal G.E., Shah A., Way L.E., Harper D.L., 1998, Variations in Standardized Hospital Mortality Rates for Six Common Medical Diagnoses : Implications for Profiling Hospital Quality. « *Medical Care* », vol 36, n° 7, ; pp. 955-964.

Rosenthal G.E., Harper D.L., Quinn L.M., Cooper G.S., 1997/08, Severity-Adjusted Mortality and Length of Stay in Teaching and Nonteaching Hospitals. « *Jama* », vol 278, n° 6, pp. 485-490.

Royston G.H.D., Hurst J.W., Lister E.G., Stewart P.A., 1992, Modelling the Use of Health Services by Populations of Small Areas to Inform the Allocation of Central Ressources to Larger Regions. « *Socio-Economic Planning Sciences* », vol 26, n° 3, pp. 169-180.

Sampalis J.S., Lavoie A. Williams J.I., Mulder D.S., Kalina M., 1993, Impact of on-site care, prehospital time, and level of in-hospital care on survival in severely injured patients. « *Journal of Trauma* », vol. n° 34, pp. 255-261.

Schmitt B., Niel X., 1999/09, La diffusion des services sanitaires et sociaux depuis 1980 : le poids croissant des zones péri-urbaines. « *Etudes et résultats* » n° 32, DREES.

Sen A.K., 1992, *Inequality reexamined*, Harvard University Press, Cambridge.

Shannon G.W., Skinner J.L., Bashur R.L., 1973, Time and Distance : The journey for Medical Care. « *International Journal of Health Services* », vol 3, n° 2, pp. 237-244.

Shroyer A.L.W., Marshall G., Warner B.A. et alii, 1996, No continuous relationship between veterans affairs hospital coronary artery bypass grafting surgical volume and operative mortality. « *Ann Thorac Surg* », vol. n° 61, pp. 17-20.

Smith P.C., (editor), 2000, « *Reforming markets in Health Care, an econometric perspective* » Open University Press.

Stewart M., Donaldson L.J., 1991, Traveling for earlier surgical treatment : the patient's view. « *British Journal of General Practice* », vol 41, pp. 508-509.

The Patient's Charter, *The patient's charter and you*. Department of Health. 1995.

Thouez J.P., Bodson P., Joseph A.E., 1988/01, Some Methods for Measuring the Geographic Accessibility of Medical Services in Rural Regions. « *Medical Care* », vol 26, n° 1, pp. 34-44.

Thouez J.P., Munan L., Nabahi I., 1981, Facteurs associés avec l'utilisation des soins de santé en milieu rural. « *Social Science and Medicine* », vol 15D, pp. 379-387.

Tonnellier F., Vigneron E., 1999, « *La géographie de la santé en France* », Que Sais-je, PUF.

Topping S., 1991/07, Hospital Closures : What is the Story ?. « *Health Services Management Research* », vol 4, n° 2, pp. 148-158.

Viisainen K., Gissler M., Hemminki E., 1994, Birth outcomes by level of obstetric care in Finland: a catchment area based analysis. « *Journal of Epidemiology and Community Health* », vol. n° 48, pp. 400-405.

Waddell T.K., Kalman P.G., Goodman S.J.L., Girotti M.J., 1991, Is outcome worse in a small volume canadian trauma center?. « *The Journal of Trauma* », vol. n° 31, pp. 958-961.

Watt I.S., Sheldon T.A., 1993, Rurality and resource allocation in the UK. « *Health Policy* », vol 26, pp. 19-27.

Who, « *Highlights on Health in the United Kingdom* ».

Williams A.P., Schwartz W.D., Newhouse J.P., Bennett B.W., 1983/10, How many miles to the doctor ?. « *The New England Journal of Medicine* », vol 309, n° 16, pp. 958-963.

Wilson P.A., Griffith J.R., Tedeschi P.J., 1985/03, Does Race Affect Hospital Use ?. « *American Journal of Public Health* », vol 75, n° 3, pp. 263-269.

Wood P.W., 1984, Geographical Equity and Inpatient Hospital Care : An Empirical Analysis. « *HERU Discussion Paper* », n° 05/84, University of Aberdeen, 40 pages.

Annexes

Courrier envoyé à nos correspondants

Version française

Chère amie, Cher ami,

Nous menons actuellement au CREDES une étude rendant compte, à travers la littérature, de l'organisation des soins de proximité dans d'autres pays (Allemagne, Canada, Espagne, États-Unis, Italie, Pays-Bas, Suède, Royaume-Uni). Nous recherchons des contacts nous permettant de trouver des informations précises.

Nous vous écrivons en espérant que vous pourrez nous fournir des informations sur ce sujet ou nous diriger vers des personnes susceptibles de le faire.

Vous trouverez ci-dessous une brève description des objectifs de notre étude, une série de questions sur le sujet et la liste des données que nous aimerions collecter.

Objectifs de l'étude

En France, la restructuration hospitalière a donné lieu à un débat sur le dilemme « proximité versus qualité des soins ». Actuellement, la fermeture de petits hôpitaux et la concentration de services dans des établissements plus importants ont été publiquement justifiés par des arguments liés à la sécurité. Par exemple, des normes ont été définies pour des niveaux minima d'activité ou d'équipement. À l'opposé, la proximité joue un rôle important pour certaines populations comme les personnes âgées ou les personnes souffrant d'une maladie chronique. Afin d'établir des règles au niveau local en France, nous cherchons à connaître l'organisation et les débats qui ont cours dans les différents pays précités.

Questionnaire

A - Description des schémas nationaux

1. Description des différents niveaux des soins hospitaliers

Quels sont les différents niveaux des établissements hospitaliers, définis en terme de :

- taille : nombre de lits, et/ou nombre de séjours,
- et/ou spécialisation : spécialités et/ou procédures en place, niveau d'équipement, nombre de médecins ou de chirurgiens...

Pour chaque niveau, quelle est la population desservie : taille de la zone géographique, nombre d'habitants. Quelle est la distance moyenne et maximale à l'hôpital ? Existe-t-il une mesure en terme de temps d'accès à cet équipement ?

2. Description des soins ambulatoires

Comment sont organisés les soins ambulatoires : pour les généralistes ? Pratiquent-ils seul, en groupe, dans des centres de santé ? Quelles sont les professions concernées ?

Les soins de spécialistes sont-ils disponibles dans ou en dehors de l'hôpital ? S'ils sont fournis à l'extérieur, comment sont-ils organisés ? (mêmes questions que précédemment).

3. Le concept général de soins de proximité

Existe-t-il une définition du concept de soins de proximité, c'est-à-dire un panier de biens et services qui doit être proche du domicile du patient, partout dans le pays (également dans les zones rurales, zones rurales éloignées, zones urbaines défavorisées...). Ce panier de biens et services peut être un continuum entre les soins de généralistes et les services plus spécialisés, et comprendre dans certains pays les services sociaux.

B - Les critères et standards utilisés pour organiser la distribution spatiales des soins

- Existe-t-il des standards, définissant précisément :
 - Les types de services qui doivent être accessibles partout ou un niveau minimum de services spécialisés supposés accessibles ? En particulier, existe-t-il des services hospitaliers qui sont considérés comme des soins de proximité ?
 - La notion d'accessibilité spatiale (distance ou temps d'accès) ?
 - Les acteurs qui sont censés fournir ces services (hôpital ou autres établissements locaux, services ambulatoires...) ?
- À l'inverse, existe-t-il des standards de qualité ou de sécurité favorisant la concentration de certains services spécialisés, qui seraient disponibles seulement dans de grandes agglomérations ? Ces standards sont-ils exprimés en terme de niveau minimal d'activité (par exemple, en France, les maternités ne sont pas supposées fournir toutes les conditions de sécurité sous le seuil de 300 accouchements par an) ? En terme de niveau d'équipement ? De personnel minimum ?
- Est-ce que les critères économiques interviennent dans les choix opérés ? Comment la question de l'efficacité est-elle abordée ?
- Si des critères d'accessibilité ou de sécurité/qualité existent, quel est leur statut ? Sont-ils des règles légales (lois, circulaires administratives) ? Sont-ils informels ? Sont-ils des indications définies par les associations de médecins ? Des contrats régulièrement négociés ? Pouvez-vous nous fournir les textes originaux ou nous indiquer où les trouver ?
- Sur quelles bases sont-ils définis ? Preuves scientifiques ? Pouvez-vous nous en fournir les références ? Consensus médical ?
- Quels sont les critères utilisés pour maintenir ou développer les soins de proximité ? (évaluation des besoins, densité de professionnels ou densité de lits, coûts, qualité des soins...)
- Quel type de politique existe pour mettre en œuvre ces standards ?
 - décisions administratives (pour fermer et concentrer les établissements par exemple) ?
 - modes de paiement incitatifs pour fournir des services dans des zones éloignées ou limiter l'offre dans des zones très bien desservies ?

C - Recherche de données

Nous aimerions trouver, pour chaque pays de l'étude, les chiffres suivants pour les années 1985, 1990, 1995 et 1998 (si cette année est disponible) :

1. Soins hospitaliers

- Par taille et/ou spécialité comme définie ci-dessus (des hôpitaux locaux jusqu'aux gros hôpitaux universitaires) :
 - nombre d'hôpitaux,
 - nombre de lits.
- Nombre de sorties et de journées, et autres indicateurs d'activité hospitalière qui semblent pertinents.
- Évolution de la taille de la population desservie ou accessibilité si la donnée existe (distance à l'hôpital le plus proche ou temps d'accès).

2. Soins ambulatoires

- Quelle est la distance moyenne au généraliste (ou centre de santé) ?
- Pourcentage de la population résidant à une distance élevée d'un généraliste (par exemple, > 10 kilomètres, ce seuil peut être ajusté) ?
- et/ou : densité de généralistes (/centre de santé) dans les différents types de zones géographiques (rural, urbain, banlieue...).

D - Offre de soins pour certaines pathologies

Nous aimerions étudier la façon dont les patients sont traités pour certains soins/pathologies, toujours en relation avec la problématique de la proximité versus qualité des soins.

1. Maternité

- Suivi de la grossesse : quels sont les niveaux de soins concernés ?
- Accouchement : Pourcentage de femmes accouchant à domicile ? Dans des hôpitaux locaux ? Dans des centres de référence ?

2. Soins chirurgicaux

Pourcentage d'hôpitaux réalisant :

- des appendicectomies,
- des prothèses de hanche.

Ces opérations sont-elles des opérations fréquentes dans les hôpitaux locaux ?

3. Soins médicaux

- Traitements chroniques comme a) la dialyse b) la chimiothérapie pour cancer du sein : comment sont-ils organisés ? Quel pourcentage de patients bénéficie de soins à domicile ? Quel pourcentage de patients est traité dans des structures de soins proche du domicile ? Dans des centres éloignés ?
- Soins palliatifs : Le patient peut-il choisir d'être soigné à domicile ou dans un environnement médical ? Quel est le pourcentage de patients traités à domicile ?

4. Populations particulières

Existe-t-il une approche spécifique du problème de la proximité pour des populations fragiles comme les personnes âgées, pour qui une hospitalisation loin de leur domicile peut être un traumatisme avec un risque de dépendance future ?

E - La rhétorique et le débat sur le sujet

Avec ces questions, nous voudrions comprendre la situation actuelle en terme d'accessibilité aux différents niveaux de soins. Nous voudrions aussi comprendre si le débat, tel qu'il est exprimé en France, existe aussi dans d'autres pays.

- S'il y a une politique de concentration des hôpitaux, celui-ci conduit-il à un débat sur les avantages de la proximité versus qualité ou efficience ?
- Comment le débat se déroule-t-il ? Y a-t-il des articles dans les journaux ? Débat au Parlement ?
- Quels sont les arguments échangés ?

Nous vous serions très reconnaissants si vous pouviez nous fournir les coordonnées des personnes susceptibles de fournir ces informations (peut être les personnes en charge de ces questions au ministère de la Santé, les centres de documentation ou d'autres centres de recherche).

Si cela est possible, nous aimerions récupérer ces informations au début du mois de novembre.

Nous vous remercions à l'avance pour votre collaboration. et nous vous prions d'agréer l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Version anglaise

Dear colleague,

The CREDES has been asked by the French Ministry of Health to make international comparisons concerning spatial accessibility to health services. We are looking for people able to provide us with precise information about this matter.

We write to you with the hope that you will help us to reach the right persons in your country to collect all the information we need.

We write to you hoping you can supply some of this information and help us find other persons to contact if necessary.

You will find hereafter a brief description of the objectives of our study, the questions we need to answer and the data we have to collect.

Objective of the study

In France, hospital restructuring has generated a debate about « proximity versus quality of care ». Actually, the closure of small hospitals and the concentration of services in bigger hospitals have been publicly justified by safety arguments. For instance, minimum levels of activity or equipment have been set for some procedures. On the opposite, proximity can be viewed as playing an important part for some populations such as the elderly or patients suffering from chronic illnesses. In order to establish rules for resource planning at a local level, the French Ministry asked us to describe both the actual organisation and the current debates on this question in different countries.

Questionnaire

A - Description of national schemes

1. Description of the different levels of hospital care

What are the different levels of hospital, defined in terms of:

- size: number of beds, and/or number of hospital stays,
- and/or specialisation: specialities and/or procedures performed, level of equipment, number of physicians or surgeons...

For each level, what is the population served : size of the area, number of inhabitants. What is the average and maximum distance to the hospital? Is there a measure in terms of time to access this facility?

2. Description of ambulatory care

How is primary care organised: By GPs? Practicing alone? In groups? By health centers? What services do they provide? What are the professions involved?

Is specialist ambulatory care provided in or outside the hospitals? If it is provided outside, how is it organised? (same questions as above).

3. The general concept of « proximity care »

Is there a definition of the concept of « proximity care », i.e a set of goods & services that have to be accessible near home to all population, everywhere in a country (even in rural areas, remote areas, deprived urban districts...). This set of services can be a continuum from GP's care to more specialized services, and in some countries, social services.

B - The criteria and standards used to organise the spatial distribution of health care

- Are there standards, in your country, defining precisely
 - the types of health services which have to be accessible anywhere or a minimum level of specialised services supposed to be accessible? Specifically, are there inpatient services that are considered as being proximity care?
 - the notion of spatial accessibility (distance or time of access)?
 - the actors supposed to provide these services (hospital or other local establishments, ambulatory services...)?
- On the contrary, are there quality or security standards encouraging the concentration of some specialised services, which can be available only in large urban areas? Are these standards expressed in terms of minimal level of activity (for example, in France, maternity hospitals are not supposed to grant all conditions of safety under 300 deliveries/year)? In terms of level of equipment? Of minimal staffing ?
- Are the economic criteria involved in the choices operated? How is the question of efficiency considered?
- If accessibility or quality/security or economic standards exist, which status do they have ? Are they legal rules (laws, administrative circular)? Are they informal rules? Guidelines provided by the medical associations? Periodically negotiated contracts? Can you either provide us with the original material or tell us where to find it?
- On what basis are they defined? Scientific evidence? Can you reference the studies used? Medical consensus?
- What kind of criteria are used to maintain or develop « proximity care »? (evaluation of needs, density of professionals or density of beds, costs, quality of care...)
- What type of policy exist to implement these standards:
 - administrative decisions (for closure and concentration of establishments for example)?
 - payment incentives to provide services in distant areas or to limit supply in well-deserved areas?

C - Data collection

The countries included in our work are: Canada, Germany, Italy, The Netherlands, Spain, Sweden, the United Kingdom, the United States.

We would like to have, for each country of the study, the following figures for 1985, 1990, 1995 and 1998 (or the latest available year):

1. Hospital care

- By level of size and/or specialisation as defined above (from small local hospitals to big university hospitals):
 - number of existing hospitals,
 - number of beds,

Number of discharges and hospital days, and other indicators of hospital activity which seem relevant.

- Evolution of the size of the population served or accessibility if the data exist (distance to the closest hospital or the time of access).

2. Ambulatory Care

- What is the mean distance to a GP.(or a primary care center)?
- % of the population living far from the closest primary care facility (for example > 10 kilometres or 5 miles, but this threshold can be adjusted).
- And/or : density of primary care physicians in different types of area (rural, urban, suburbs...)?

D - Care provision for specific conditions

We would like to specify the way patients are treated for specific conditions, again in relationship with this problematic of proximity versus quality.

1. Maternity care

Care provided during pregnancy: what levels of care are involved?

Delivery: % of women giving birth at home? In local hospitals? In reference centers?

2. Surgical care

% of hospitals performing:

- Appendectomy (without complications)?
- Hip replacement?

Are these generally procedures performed in local hospitals?

3. Medical care

- Repeated treatments such as a) dialysis b) chemotherapy for breast cancer: How are they organised? What % of the patients benefit from home based care? What % are treated in facilities close to their home? In remote centers?
- Palliative care: Is there a choice for the patients to be taken care of at home or in a medical environment? What % of care is provided at home?

4. Specific populations

Is there a specific approach of the problem of proximity for fragile populations such as the elderly, for which an hospitalisation far from home can be a trauma and a risk of future dependency?

E - The rhetoric and debate on this subject

By the questions above we aim at understanding the actual situation in terms of accessibility of different levels of care. We would like to understand also if the debate as it is expressed in France exists in other countries.

- If there is a policy to concentrate hospitals, does it lead to a debate on the advantages of proximity versus quality or efficiency?
- How does this debate take place? Are there articles in the papers? Debated in the Parliament?
- What are the arguments exchanged in favour of either position?

We would be very grateful if you could help us to locate persons susceptible to provide us this information (perhaps people in charge of these questions in the health ministries or documentation centres, or other centres of research?).

If it is possible, we would like to obtain this information at the beginning of November.

We thank you in advance for your help, with our best regards.

Achévé d'imprimer le 26 juillet 2001
ELECTROGELOZ, 58, rue de Rochechouart
75009 PARIS
Dépôt légal : Juillet 2001